

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Kartuzach, działając na podstawie Rozporządzenia Ministra edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych (Dz. U.2017.1743)

Dotyczy przyznania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania dla ucznia:

..... |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__,
(imię i nazwisko dziecka/ucznia) (PESEL),
urodzonego w,
(data) (miejscowość),
zamieszkałego w,
(adres),
na okres
(okres nieobecności; uwaga: nie krótszy niż 30 dni)

ze względu na stan zdrowia: *(właściwe podkreślić)*

- *uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły*
- *znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły*

Rozpoznanie: *(choroby lub innego problemu zdrowotnego)*

Symbol ICD 10

--	--	--	--

.....
Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

.....
Ocena możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu *(w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenia zawodowe – wypełnia lekarz medycyny pracy)*.

.....
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)