

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego  
działającego w Powiatowym Zespole Poradni  
Psychologiczno - Pedagogicznych w Kraśniku**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743)*

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia:** .....

**Data i miejsce urodzenia:** .....

**Miejsce zamieszkania:** .....

### Część A

*Wypełnia się dla dziecka/ucznia, w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie, tj. dotyczące kształcenia specjalnego, albo indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego, albo indywidualnego nauczania, albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, albo wczesnego wspomaganie rozwoju.*

#### 1. Zaświadczenie o stanie zdrowia:

**a) Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z aktualnie obowiązującą ICD :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**b) Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**c) Ocena wyniku leczenia i rokowania:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**d) Potrzebny, z uwagi na chorobę/niepelnosprawność niezbędny sprzęt specjalistyczny, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne:**

.....  
.....  
.....

e) **Inne ważne informacje mające związek ze stanem zdrowia dziecka/ucznia, istotne dla organizowania procesu edukacyjnego:**

.....  
.....  
.....  
.....

### **Część B**

*Wypełnia się tylko w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie lub obowiązkowe indywidualne przygotowanie przedszkolne.*

**2. Określenie, czy stan zdrowia dziecka / ucznia (właściwe podkreślić):**

- UNIEMOŻLIWIA uczęszczanie do przedszkola / szkoły
- ZNACZNIE UTRUDNIA uczęszczanie do przedszkola / szkoły

**Uzasadnienie - wskazanie ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Określenie czasu, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:**

**na okres (nie krótszy niż 30 dni) od: .....do:.....**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

### **Część C**

*Część dotycząca uczniów szkół prowadzących kształcenie w zawodzie – wypełnia lekarz medycyny pracy:*

**Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)