Na podstawie Rozporządzenia 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 dn. 14.09.2017 r., poz. 1743)

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
nr identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

Dotyczy przyznania indywidualnego nauczania dla ucznia:

. . . . . |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(imię i nazwisko) (PESEL)

urodzonego . . . . . w . . . . . ,
(data) (miejscowość)

zamieszkałego w . . . . . ,
(adres)

na okres . . . . . ,
(okres nieobecności; uwaga: nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy jednak niż do końca roku szkolnego)

Ze względu na stan zdrowia*:

- uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły (zajęcia edukacyjne wyłącznie w miejscu zamieszkania ucznia),
- znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły (zajęcia edukacyjne w miejscu zamieszkania ucznia z możliwością udziału w zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia, uroczystościach i imprezach przedszkolnych lub szkolnych oraz wybranych zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych). Proszę podać zakres: . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD-10 lub innego problemu zdrowotnego i wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Okres leczenia w placówce. . . . . .

Zalecane formy leczenia . . . . . .

. . . . . .

. . . . . ., dnia . . . . . r. . . . . .
(miejscowość, data) (pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)

* – właściwe podkreślić