



Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Opocznie
ul. Armii Krajowej 2, 26-300 Opoczno
tel./fax. 44/741-64-62; sekretariat@pppoczno.pl
<http://www.pppoczno.4bip.pl>

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego** **przy Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Opocznie**

działającego na podstawie § 6.1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. 2017, poz. 1743)

Imię i nazwisko ur.

Miejsce urodzenia dziecka

Nr PESEL (dziecka)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?)

.....od

CZĘŚĆ A. (Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których będzie prowadzone podstępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie tj. dotyczące kształcenia specjalnego albo indywidualnego nauczania albo zajęć rewalidacyjno - wychowawczych).

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6.1 rozporządzenia)

Rozpoznanie - choroba główna oraz choroby współwystępujące (**oznaczenie ICD**)

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

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

Sprzęt specjalistyczny, jaki jest niezbędny do zabezpieczenia potrzeb edukacyjnych dziecka (wynikających m.in. z jego niepełnosprawności):

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

CZĘŚĆ B. (Wypełnia się dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie).

1. Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania (proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź).

TAK NIE

2. Uzasadnienie (w przypadku stwierdzenia, że uczeń wymaga indywidualnego nauczania wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do szkoły np. unieruchomienie, konieczność izolacji, zagrożenie dla otoczenia, inne - jakie?)

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

3. Określenie czy aktualny stan zdrowia uniemożliwia czy znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły (proszę podkreślić właściwe)

4. Określenie czasu (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny), w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły (§ 15.1 rozporządzenia)

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

[pieczęć nagłówkowa]

(miejscowość, data]

[pieczętka i podpis lekarza]

CZĘŚĆ C. Zaświadczenie lekarza medycyny pracy, w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe, określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.

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

[pieczęć nagłówkowa]

(miejscowość, data]

[pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy]