

Załącznik nr 5 do P03-Orz: „Zaświadczenie lekarskie – indywidualne nauczanie”

Załącznik C/2018
do Regulaminu działalności ZO
z dnia 01.03.2018 r.

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Swarzędzu**

**Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające
w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego
nauczania**

Podstawa prawna:

Podstawa prawna: § 6 ust. 5 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.2017r. poz. 1743).

CZĘŚĆ I

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

Miejsce zamieszkania.....

1. Dziecko / uczeń^{*)} wymaga indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego / indywidualnego nauczania ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający lub znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola/szkoły, w okresie **nie krótszym niż 30 dni ^{**)}** (§ 6, ust. 5, pkt 1),

od dnia **do dnia**

2. Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD lub innego problemu zdrowotnego **i wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**, powodujące, że stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

.....

(wskażanie rozpoznania z oznaczeniem alfa numerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

.....

(wskażanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

.....

(wskażanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

3. Stan zdrowia dziecka / ucznia **uniemożliwia / znacznie utrudnia^{*)}** uczęszczanie do: szkoły /przedszkola ^{*)}

^{*)} właściwe podkreślić

^{**)} należy wskazać okres nie krótszy, niż 30 dni

Wyczerpujący opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które powodują, że stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (opis jest konieczną częścią zaświadczenia):

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

CZĘŚĆ II

Wypełnia tylko **lekarz medycyny pracy** w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie.

1. Lekarz medycyny pracy określa możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki praktycznej nauki zawodu.

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)