………………………………………… ………………………….....................

(pieczęć placówki medycznej) (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania**

dla potrzeb **Zespołu Orzekającego** w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bartoszycach

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej   
z dnia 7 września 2017 r. (Dz. U. 2017.1743) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych,

**do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania wnioskodawca dołącza zaświadczenie o stanie zdrowia ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.**

**Zaświadczam, że:**

………………………………………………………..........................................................................................................................

(Imię i nazwisko dziecka/ucznia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

…................…………………………………………………………

(data urodzenia: dzień-miesiąc-rok) (miejsce urodzenia)

Adres zamieszkania ……………..……………………………………………………………………………………………………………………….

(ulica, numer domu, numer mieszkania)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |

………………………………………………………………………………………………………………………..

(kod pocztowy) (miejscowość)

Z uwagi na aktualny stan zdrowia(właściwe zaznaczyć)

* uniemożliwiający
* znacznie utrudniający

uczęszczanie do szkoły, przedszkola, powinien korzystać z nauczania indywidualnego w okresie od ……………………………….. do ……………………..............

(nie krótszy niż 30 dni)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **ICD** |  |

1. Ograniczenia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego w funkcjonowaniu ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do szkoły:
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………….………………………………. ……………………………………

Miejscowość, data (pieczęć i podpis lekarza)

1. **Zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu**, w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie branżowe.

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………. ………………………………

Miejscowość, data pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy

\*niepotrzebne skreślić