

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

(miejsowość, data)

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

- o potrzebie indywidualnego nauczania
- o potrzebie rocznego indywidualnego przygotowania przedszkolnego

*(działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych Dz. U. Nr 173, poz. 1072)*

**Imię i nazwisko** .....

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

**PESEL dziecka**

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

**Miejsce zamieszkania** .....

**CZĘŚĆ A.**

**Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka (§ 6 ust. 3 Rozporządzenia)**

- **Choroba główna oraz choroby współwystępujące:**

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

- **Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:**

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

- **Uzasadnienie** - wskazanie **faktów** oraz **przyczyn**, z powodu których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie utrudnioną możliwość uczęszczenia do szkoły (np. objawy choroby, leki, inne czynniki, które utrudniają lub uniemożliwiają funkcjonowanie ucznia w systemie klasowo-lekcyjnym)

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

**CZĘŚĆ B.**

1. Stan zdrowia dziecka: **unie możliwia / znacznie utrudnia\*** uczęszczenie do przedszkola lub szkoły
2. **Okres (od – do)**, w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczenie do przedszkola lub szkoły (**nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż rok szkolny**) (§ 6 ust. 4 Rozporządzenia)  
.....  
.....
3. Ze względu na stan zdrowia dziecka/ucznia, zajęcia szkolne powinny być realizowane\*
  - tylko w domu dziecka/ucznia
  - indywidualnie, w oddzielnym pomieszczeniu na terenie placówki
  - dziecko/ uczeń może uczestniczyć w wybranych zajęciach z grupą/klasą  
(proszę określić zakres .....  
.....)
4. **Lekarz medycyny pracy** określa **możliwość** dalszej realizacji **praktycznej nauki zawodu** (§ 6 ust. 5 Rozporządzenia), jeśli uczeń ubiegający się o indywidualne nauczanie uczęszcza do szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie:  
.....  
.....  
.....  
.....

\*Właściwe podkreślić

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)