

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **Z A Ś W I A D C Z E N I E   L E K A R S K I E**

### **o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

**działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 217r., poz. 1743) w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Brzegu Dolnym**

imię i nazwisko .....

data urodzenia.....PESEL.....

miejsce zamieszkania .....

placówka ..... klasa .....

#### **I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:**

*(Wypełnia się dla dzieci, uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie tj. dotyczące kształcenia specjalnego albo nauczania indywidualnego albo indywidualnego przygotowania przedszkolnego albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju).*

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)**

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

**Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z jego stanu zdrowia**

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

**Ocena wyniku leczenia i rokowania:**

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

**II. Wypełnia się tylko dla dzieci/uczniów ubiegających się o orzeczenie o potrzebie indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub o potrzebie nauczania indywidualnego.**

- 1. Informacja o ograniczeniach w funkcjonowaniu ucznia wynikających z przebiegu choroby.**

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

- 2. Okres, w jakim zachodzi potrzeba indywidualnego nauczania – nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny.**

.....

- 3. Stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia (zaznaczyć właściwe) uczęszczanie do przedszkola/szkoły.**

- 4. W przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe proszę wskazać możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (wypełnia lekarz medycyny pracy).**

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

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęćka i podpis lekarza)

---

**Informujemy, że tygodniowy wymiar godzin zajęć indywidualnego nauczania wynosi:**

- 1) dla dzieci przedszkolnych roczne przygotowanie przedszkolne – od 4 do 6 godzin
  - 2) dla uczniów klas I - III szkoły podstawowej – od 6 do 8 godzin
  - 3) dla uczniów klas IV - VI szkoły podstawowej – od 8 do 10 godzin
  - 4) dla uczniów VII – VIII i gimnazjum – od 10 do 12 godzin
  - 5) dla uczniów szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych – od 12 do 16 godzin
- dlatego powinno być przyznawane wyłącznie w szczególnych problemach zdrowotnych**