

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. W sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017 poz.1743;§ 6 ust.4 oraz§ 13.ust. 2)

Imię i nazwiskour.....

Miejsce zamieszkania.....

Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej.

1. Stan zdrowia dziecka / ucznia (**zaznaczyć właściwe**)

- uniemożliwia** uczęszczanie do przedszkola / szkoły
 znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola / szkoły

2. Określenie czasu (nie krótszego niż 30 dni), w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola / szkoły.

od..... do.....

3. **Rozpoznanie choroby** lub innego problemu zdrowotnego wraz z **oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**):

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

4. Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego **ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

5. W przypadku dziecka / ucznia którego stan zdrowia **znacznie utrudnia** uczęszczanie do szkoły (**zaznaczyć właściwe**):

- może uczestniczyć w niektórych zajęciach edukacyjnych (zaznacza się dla uczniów)
 może uczestniczyć w niektórych zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia
 może brać udział w uroczystościach szkolnych, zajęciach integracyjnych itp.

W przypadku, gdy zaświadczenie wypełnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, należy dołączyć kopie dokumentacji medycznej leczenia **specjalistycznego**.

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza