……..
(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 nazwisko ……..……ur.……

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 (dzień/miesiąc/rok) ……..…… **do** (dzień/miesiąc/rok) ……..……..……

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 pieczątka i podpis lekarza