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

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego**

**w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Niemodlinie**

**Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające o potrzebie indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub o potrzebie indywidualnego nauczania.**

*Podstawa prawna: § 6 ust. 5 Rozporządzenia MEN z dnia 7września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017r. poz. 1743*).

**CZĘŚĆ I**

Imię i nazwisko dziecka........................................................................................ ……

Data i miejsce urodzenia............................................................................................................ …

PESEL □□□□□□□□□□□

Miejsce zamieszkania....................................................................................................

1. Dziecko / uczeń\*) wymaga indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego/indywidualnego nauczania ze względu na stan zdrowia **uniemożliwiający lub znacznie utrudniający uczęszczanie** do przedszkola/szkoły, **w okresie nie krótszym niż 30 dni i nie dłuższym niż jeden rok szkolny.**

**od dnia** ............................................... **do dnia**.........................................

2. Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD lub innego problemu zdrowotnego i wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia:

...............................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………….□□□□

(wskazanie rozpoznania z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD).

**3. Stan zdrowia dziecka / ucznia**

 **ZNACZNIE UTRUDNIA** uczęszczanie do szkoły

 **UNIEMOŻLIWIA** uczęszczanie do szkoły

\*)właściwe podkreślić

4. Opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które powodują, że stan zdrowia dziecka lub ucznia **uniemożliwia lub znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

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

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

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

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

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

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

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

**CZĘŚĆ 2**

**Wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie.**

1. Lekarz medycyny pracy określa możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki praktycznej nauki zawodu.

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

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

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

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

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

miejscowość, data pieczęć i podpis lekarza