

.....
/pieczętka placówki opieki zdrowotnej/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA

**wydane na potrzeby Zespołu Orzekającego w Publicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej
w Kowarach.**

Podstawa Prawna:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017.1743)

I. DANE DZIECKA/UCZNIA:

.....
imię (imiona) i nazwisko dziecka lub ucznia

.....
data i miejsce urodzenia dziecka lub ucznia

.....
numer PESEL dziecka/ ucznia lub seria i numer dokumentu potwierdzającego jego tożsamość

.....
adres zamieszkania dziecka lub ucznia

II. ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA¹

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego, które powodują niepełnosprawności wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), ICD -

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

Przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.² (dotyczy potrzeby nauczania indywidualnego w domu)

.....
.....

¹ wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

² Proszę wypełnić jedynie w przypadku wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania lub indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego (w domu).

II. CHOROBY WSPÓŁWYSTĘPUJĄCE:

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

III. OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU DZIECKA/UCZNIĄ WYNIKAJĄCE Z CHOROBY LUB INNEGO PROBLEMU ZDROWOTNEGO W TYM OKREŚLENIE, CZY ZACHODZI POTRZEBA REALIZOWANIA ZAJĘĆ W FORMIE INDYWIDUALNEJ LUB ZESPOŁOWEJ (nie dotyczy nauczania indywidualnego);

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

IV. POTRZEBY DZIECKA/UCZNIĄ NIEPEŁNOSPRAWNEGO W ZAKRESIE SPRZĘTU SPECJALISTYCZNEGO / ŚRODKÓW DYDAKTYCZNYCH/ TECHNOLOGII INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNYCH:

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

V. ROKOWANIA:

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

....., dnia

/miejsowość i data/

.....

/Pieczętka i podpis lekarza/