

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.**

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1743)

**dotyczące indywidualnego przygotowania przedszkolnego / indywidualnego nauczania  
dziecka \*/ ucznia \*/ uczennicy\***

.....  
(imię i nazwisko dziecka / ucznia, data i miejsce urodzenia ucznia)

.....  
(adres zamieszkania ucznia)

.....  
(nazwa i adres przedszkola/ szkoły, klasy, nazwa zawodu w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie)

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego** ( z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły):

**Określenie, czy stan zdrowia dziecka / ucznia:**

**uniemożliwia\* / znacznie utrudnia\*** uczęszczanie do przedszkola\* / szkoły\* na okres  
od ..... do ..... (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy  
niż jeden rok szkolny)

W przypadku gdy stan zdrowia **znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola\*/szkoły\*,  
dziecko\*/uczeń\* może :

- |                                                                                                                                                         |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| • brać udział w zajęciach w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej*                                                                                 | TAK NIE |
| • brać udział w zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia*                                                                                  | TAK NIE |
| • brać udział uroczystościach i imprezach przedszkolnych lub szkolnych<br>w celu integracji ze środowiskiem i zapewnienia mu pełnego osobowego rozwoju* | TAK NIE |

W przypadku ucznia **szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie**, zaświadczenie określające  
możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu wydane przez **lekarz medycyny pracy**