

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Tarnowie**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U z 2017 r. poz. 1743)

wypełnia **lekarz specjalista**

lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej, leczenia specjalistycznego (należy wymienić rodzaj dokumentacji):

1.
2.

Imię i nazwisko, ur., PESEL

Miejsce zamieszkania

Część A

Wypełnia się dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie, tj. dot. kształcenia specjalnego albo indywidualnego nauczania albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju.

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia (choroba główna oraz choroby współwystępujące, a także oznaczenie alfanumeryczne – zgodnie z ICD)**

Rozpoznanie:
.....
.....
.....

Oznaczenie ICD -

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

W przypadku stwierdzenia niepełnosprawności określenie niezbędnego sprzętu specjalistycznego:

.....
.....

Część B

*Wypełnia się tylko dla dzieci/uczniów ubiegających się o **indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne / indywidualne nauczanie***

1. **Stwierdzenie, czy dziecko/uczeń wymaga indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego/indywidualnego nauczania** (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

TAK

NIE

2. **Uzasadnienie** w przypadku stwierdzenia, że dziecko/uczeń wymaga indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / indywidualnego nauczania tj. wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których dziecko/uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do przedszkola/szkoły.

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

3. W przypadku ucznia szkoły prowadzącej szkolenie w zawodzie określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu wydane przez **lekarza medycyny pracy**.

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

4. Stan zdrowia dziecka/ucznia: *(właściwe zaznaczyć)*

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

5. **Okres** w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły *(nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny)*.

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Zapoznałam/em się z zaświadczeniem

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)