

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**Z A Ś W I A D C Z E N I E   L E K A R S K I E**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**(do wydania orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego, indywidualnego rocznego,**  
**obowiązkowego przygotowania przedszkolnego)**

**(wydaje lekarz specjalista lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. Nr 173 p.1072); Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. Nr 228, p.1490 z póź.zm.), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2014r., p.1157) w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Powiatu Krakowskiego, 31-831 Kraków, ul. Fatimska 41A.

**Dane dziecka/ucznia:**

Imię/imiona i nazwisko .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania ..... Kod pocztowy .....

Przedszkole/szkoła ..... Klasa .....

**I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:**

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

## II. Określenie ograniczeń stanu zdrowia i czasu realizacji nauczania indywidualnego

1. Ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia wynikające z choroby i powodujące, że stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia\* uczęszczanie do szkoły:

\*) właściwe podkreślić

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

2. Określenie czasu, w którym stan zdrowia uniemożliwia uczęszczanie do szkoły/  
znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły,  
nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny.

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis lekarza

3.\* **Informacja wydana przez lekarza medycyny pracy określająca możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.**

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

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis lekarza

3\*) dotyczy ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe, jeżeli zespół, po zapoznaniu się z dokumentacją, stwierdzi, że zaświadczenie to jest niezbędne do wydania orzeczenia.

### Uwagi:

1. **Nauczanie indywidualne realizowane jest na terenie domu.**
2. **Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, inaczej będzie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.**
3. **Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.**