

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
poradni psychologiczno-pedagogicznej

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych Dz. U. Nr 173 z dnia 30. 09. 2008 r. poz. 1072

Wnioskuje o przyznanie indywidualnego nauczania dla ucznia/uczennicy

.....
Imię i nazwisko oraz data i miejsce urodzenia ucznia

Miejsce zamieszkania

Ze względu na stan zdrowia (właściwe podkreślić)

uniemożliwiający / znacznie utrudniający*

uczęszczanie do szkoły na okres**

.....
Rozpoznanie – podać chorobę główną oraz choroby współistniejące:

.....
.....
.....
Objawy choroby i czynniki uniemożliwiające / znacznie utrudniające realizację kształcenia w systemie klasowo – lekcyjnym:

.....
.....
.....
Data rozpoczęcia leczenia specjalistycznego.....

* Jeżeli stan zdrowia ucznia znacznie utrudnia mu uczęszczanie do szkoły lekarz określa zakres w jakim uczeń może uczestniczyć w zajęciach edukacyjnych organizowanych z oddziałem w szkole lub indywidualnie z nauczyciele w odrębnym pomieszczeniu w szkole

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

** nie krótszy niż 30 dni

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)