

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI
DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-
PEDAGOGICZNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ
WYDAJĄCEGO ORZECZENIE O POTRZEBIE INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA LUB
ORZECZENIE O POTRZEBIE INDYWIDUALNEGO OBOWIĄZKOWEGO ROCZNEGO
PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO**

1. 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. z 2017 r. poz. 1743 § 6 ustęp 5 i 6/
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży /Dz. U. z 2017 r. poz. 1616 § 5/.

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/UCZNI

.....

PESEL

.....

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA/UCZNI

.....

.....

CZĘŚĆ I – wypełnia się w celu uzyskania orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego lub indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego. Wypełnia lekarz specjalista.

1) 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) Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają mu uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

4) Stwierdzam, że stan zdrowia dziecka/ucznia (podkreślić właściwe) :

- **uniemożliwia**
- **znacznie utrudnia**

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

Zajęcia indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub zajęcia indywidualnego nauczania prowadzi się w miejscu pobytu dziecka lub ucznia.

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)

CZĘŚĆ II – (wypełnia lekarz medycyny pracy – dotyczy uczniów szkół prowadzących kształcenie zawodowe)

1) Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu.....

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)

.....
(pieczętka placówki medycznej)

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
Dotyczy dzieci /uczniów którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych

Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach /Dz. U. z 2017 r. poz. 1591 § 12/

Dotyczy wydania:

- Opinii o zindywidualizowanej ścieżce kształcenia ucznia
.....
/Nazwisko i imię ucznia/
- Opinii o zindywidualizowanej ścieżce realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dziecka
/Nazwisko i imię dziecka/

1. Rozpoznanie choroby

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

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole:

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

3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

4. Okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką - nie dłuższy niż rok szkolny/

.....
.....

.....
/miejsowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza specjalisty/