



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA
w WĘGROWIE

.....
(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 NAUCZANIA INDYWIDUALNEGO
(wydaje lekarz specjalista lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia
specjalistycznego)

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2017 p.1743); 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 Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Węgrowie.

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL..... Adres zamieszkania

.....

Przedszkole/szkoła Klasa/Oddział

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

ICD- _____

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

Ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia wynikające z choroby i powodujące, że stan zdrowia ucznia (właściwe zaznaczyć)

- uniemożliwia uczęszczanie do szkoły
- znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły

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

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

.....
miejsowość, data pieczętka i podpis lekarza

Informacja wydana przez lekarza medycyny pracy określająca możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (wypełnia się w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe)

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

.....
miejsowość, data pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy