

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

Data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wniosku o indywidualne nauczanie/ indywidualne obowiązkowe roczne
przygotowanie przedszkolne

(dla potrzeb Zespołu Orzekającego przy Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w
.....)

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 18 września 2008 r. w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. Nr 173, poz. 1072).

Imię i nazwisko..... **ur.**

Miejsce zamieszkania

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?)

Od

Rozpoznanie (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania)

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

Określenia, czy aktualny stan zdrowia dziecka/ ucznia: (właściwe podkreślić)

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

Określenie zakresu, w jakim dziecko/ uczeń, któremu stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/ szkoły może brać udział w zajęciach, organizowanych:

(właściwe podkreślić)

- **indywidualnie** w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu/ szkole

tak: w zakresie

nie może brać udziału

- z **grupą wychowawczą** w przedszkolu/ oddziałem (klasą) w szkole:

tak: w zakresie

nie może brać udziału

Uzasadnienie (w przypadku stwierdzenia, że dziecko/ uczeń wymaga indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania) **przyczyn, z powodu których stan zdrowia znacznie utrudnia lub uniemożliwia uczęszczania** do przedszkola/ szkoły

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

Okres (nie krótszy niż 30 dni), w którym stan zdrowia uniemożliwia/ znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie.

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)