……………………………………. ……………………………………

*(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

*lub prywatnej praktyki) (miejscowość, data)*

# Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/ucznia (ubiegającego się o orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania/

**indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego) kierowane do Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

(zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych – Dz.U. z 2017, poz. 1743)

……………………………………….. …..…………………………………….

/imię i nazwisko ucznia/dziecka/ /imiona rodziców/

...…………………………………….. ……………………………………….

/data urodzenia/ /miejsce urodzenia/

…………………………………………………………………………………………………..

/adres zamieszkania/

# Oświadczenie lekarza, że aktualny stan zdrowia ucznia/dziecka (właściwe zakreślić):

1. znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły/przedszkola – zajęcia programowe z uczniem/dzieckiem prowadzone są w domu, jednak dziecko/uczeń może brać udział w imprezach i uroczystościach szkolnych oraz innych zajęciach dydaktycznych, wychowawczych i rozwojowych na terenie szkoły/przedszkola
2. uniemożliwia uczęszczanie do szkoły/przedszkola – zajęcia programowe z uczniem/dzieckiem prowadzone są na terenie domu, także inne zajęcia niezbędne do jego właściwego funkcjonowania

# Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą z klasyfikacją ICD oraz wynikające z tej choroby lub problemu ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia/dziecka, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do szkoły/przedszkola:

**ICD - …………..**

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………...

# Wniosek lekarza o indywidualne nauczanie w okresie (nie krótszym niż 30 dni)

**od ……………………………… do** ………………………………………….

………………………………….

/pieczątka i podpis lekarza/