

.....  
/pieczęć placówki zdrowia/



## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** **o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu** **Orzekającego przy Powiatowej Poradni** **Psychologiczno-Pedagogicznej w Tarnobrzegu**

działającego na podstawie § 6 Rozporządzenia 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. 2017, poz. 1743)

**UWAGA! Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich dotyczących sprawy punktach – w przeciwnym razie zostanie zwrócone Wnioskodawcy do uzupełnienia.**

Zaświadczenie lekarskie uzupełnia **lekarz specjalista** lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego (wymienić w poniższej tabeli rodzaj dokumentacji):

L.p.	Rodzaj dokumentacji na jaką powołuje się lekarz POZ oraz data jej wystawienia
1.	
2.	
3.	
4.	

Imię i nazwisko ..... ur. ....

Miejsce urodzenia dziecka .....

Nr PESEL (dziecka)

Miejsce zamieszkania .....

### **CZĘŚĆ A.**

(Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie tj. dotyczące kształcenia specjalnego albo indywidualnego nauczania albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych).

**1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6 rozporządzenia)** Rozpoznanie - choroba główna oraz choroby współwystępujące (opis dotychczasowego leczenia i przebiegu choroby, ocena wyniku leczenia i rokowania)

**ICD** \_\_\_\_\_

.....  
.....

**a) Jakie ograniczenia i/lub bariery w funkcjonowaniu dziecka/ucznia powoduje choroba** (Wynikające z choroby głównej lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły)

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

**b) Sprzęt specjalistyczny, jaki jest niezbędny do zabezpieczenia potrzeb edukacyjnych dziecka (wynikających m.in. z jego niepełnosprawności):**

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

## CZĘŚĆ B.

(Wypełnia się dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie).

### 1. Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania

(proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź)

TAK

NIE

### 2. Uzasadnienie (w przypadku stwierdzenia, że uczeń wymaga indywidualnego nauczania wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do szkoły np. unieruchomienie, konieczność izolacji, zagrożenie dla otoczenia, inne - jakie?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W przypadku ucznia szkoły prowadzącej szkolenie w zawodzie określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu wydane przez lekarza medycyny pracy.

.....

.....

.....

.....

### 3. Określenie czy aktualny stan zdrowia

- a) **uniemożliwia** uczęszczenie do szkoły
- b) **znacznie utrudnia** uczęszczenie do szkoły

(proszę podkreślić właściwe)

### 4. Określenie czasu (nie krótszy niż 30 dni), w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczenie do szkoły (§ 6 pkt. 5 rozporządzenia)

Uczeń wymaga indywidualnego nauczania do .....

\_\_\_\_\_  
[miejsowość, data]

\_\_\_\_\_  
[pieczętka i podpis lekarza]