……..……

/pieczęć placówki zdrowia/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego przy Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Tarnowie

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. 2023, poz. 2061)

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 podstępowanie orzekające w jakiejkolwiek 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** uczęszczanie do szkoły
   b) **znacznie utrudnia** uczęszczanie do szkoły

   (proszę podkreślić właściwe)

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

   Uczeń wymaga indywidualnego nauczania do ……..

_____ _____

[miejscowość, data] [pieczątka i podpis lekarza]