……………………………….

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

**działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Biłgoraju**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743)*

**Imi**ę **i nazwisko dziecka/ucznia:** ………………………………………….…………………………

**Data i miejsce urodzenia:** ……………………………………………………..……………………..

**Miejsce zamieszkania:** …………………………………………………………..…………………...

**Część A**

*Wypełnia się dla dziecka/ucznia, w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiejkolwiek formie, tj. dotyczące kształcenia specjalnego, albo indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego, albo indywidualnego nauczania, albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, albo wczesnego wspomagania rozwoju.*

**1. Zaświadczenie o stanie zdrowia:**

**a) Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z aktualnie   
obowiązującą ICD :**

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

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

**b) Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:**

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

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

**c) Ocenawyniku leczenia i rokowania:**

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

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

**d) Potrzebny, z uwagi na chorobę/niepełnosprawność niezbędny sprzęt specjalistyczny, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne:**

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

**e) Inne ważne informacje mające związek ze stanem zdrowia dziecka/ucznia, istotne dla organizowania procesu edukacyjnego:**

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

**Część B**

*Wypełnia się tylko w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie lub obowiązkowe indywidualne przygotowanie przedszkolne.*

**2. Określenie, czy stan zdrowia dziecka / ucznia (właściwe podkreślić):**

* UNIEMOŻLIWIA uczęszczanie do przedszkola / szkoły
* ZNACZNIE UTRUDNIA uczęszczanie do przedszkola / szkoły

**Uzasadnienie - wskazanie ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:**

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

**3. Okre**ś**lenie czasu, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:**

**na okres (nie krótszy niż 30 dni) od: ……….……..……………..do:………….………………….**

………………………….……..…. …………………………………….

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)

**Część C**

*Część dotycząca uczniów szkół prowadzących kształcenie w zawodzie – wypełnia lekarz medycyny pracy:*

**Okre**ś**lenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:**

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

………………………….……..…. …………………………………….

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)