Pieczęć placówki medycznej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**Dotyczy przyznania orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego**

Podst. prawna: § 6 ust. 5 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)

 **dla ucznia:**

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

imię i nazwisko

urodzonego………………………w…………………………………………………………..

zamieszkałego w………………………………………………………………………………...

adres

ze względu na stan **zdrowia uniemożliwiający /znacznie utrudniający\*** uczęszczanie do szkoły **(właściwe podkreślić)**

**na okres (nie krótszy niż 30 dni, ale nie dłuższy niż jeden rok szkolny)**  od: …………………do: …………………………............

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD),**który uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły (par.6, ust.5,pkt 2):

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

**Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły**

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

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

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

**W przypadku ucznia szkoły, prowadzącej kształcenie w zawodzie, lekarz medycyny pracy wydaje zaświadczenie, określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.**

miejscowość………………data……………………

……………………………………………………….

Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie