

.....  
( pieczęć placówki medycznej )

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Do wydania Orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania;  
indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego  
**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza  
podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia  
specjalistycznego.**

działającego na podstawie 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. z 2017 r., poz. 1743).

Imię i nazwisko .....

PESEL:																			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD lub innego problemu zdrowotnego  
oraz wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.**

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

**Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia**

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

**Ocena wyniku leczenia i rokowania**

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

**Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu  
dziecka lub ucznia**

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

**Stwierdzenie uogólniające czy stan zdrowia ucznia (proszę właściwe podkreślić)**

- **uniemożliwia;**
- **znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.**

**W przypadku dziecka/ucznia, którego stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły prosimy o określenie możliwych działań integrujących dziecko/ucznia ze środowiskiem przedszkolnym/szkolnym i zajęć edukacyjnych ułatwiających powrót ucznia do przedszkola/szkoły**

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

**Okres w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy jednak niż 30 dni).**

.....

.....  
( Miejscowość, data )

.....  
(pieczętka i podpis lekarza )

---

**Część dotycząca ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe**  
(wydaje lekarz medycyny pracy)

.....  
( pieczęć placówki medycznej )

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

w sprawie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

*Na podstawie rozporządzenia Ministerstwa 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. z 2017 r. poz. 1743)*

Imię i nazwisko ucznia .....

PESEL:																			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.
- Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.  
(wybrane podkreślić)

**Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu**

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

.....  
( Miejscowość, data )

.....  
(pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy )