

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Dobczycach
(dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania)

Imię i nazwisko ur.

PESEL

Miejsce zamieszkania

1. Dotyczy wydania orzeczenia¹ :
 - o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
 - o potrzebie nauczania indywidualnego

2. Dziecko/uczeń wymaga indywidualnego przygotowania przedszkolnego/nauczania indywidualnego²
 - tak
 - nie

3. Określenie stanu zdrowia dziecka/ucznia:
 - stan zdrowia **uniemożliwia** dziecku/uczniowi uczęszczanie do przedszkola/szkoły
 - stan zdrowia **znacznie utrudnia** dziecku/uczniowi uczęszczanie do przedszkola/szkoły

4. Określenie czasu, w którym stan zdrowia uniemożliwia/znacznie utrudnia uczęszczanie dziecka/ucznia do przedszkola, szkoły, **nie krótszy niż 30 dni**

.....
.....

5. Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD

Choroba główna oraz choroby współwystępując

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

.....
.....

¹ Proszę krzyżykiem zaznaczyć właściwe

² Informujemy, że tygodniowy wymiar godzin zajęć indywidualnego nauczania wynosi:

- dla dzieci przedszkolnych roczne przygotowanie przedszkolne – od 4 do 6 godzin
- dla uczniów klas I - III szkoły podstawowej – od 6 do 8 godzin
- dla uczniów klas IV - VI szkoły podstawowej – od 8 do 10 godzin
- dla uczniów klas VII - VIII – od 10 do 12 godzin
- dla uczniów szkół ponadpodstawowych – od 12 do 16 godzin

dlatego powinno być przyznawane **wyłącznie w szczególnych problemach zdrowotnych**

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

MEDYCYNA PRACY

(wypełnia się tylko w przypadku ubiegania się o nauczanie indywidualne ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie)

W związku z postawionym rozpoznaniem możliwa jest dalsza realizacja praktycznej nauki zawodu

- tak
- nie

Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....
(miejsowość, data)

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