

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wniosku o indywidualne nauczanie / indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne

(dla potrzeb Zespołu Orzekającego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w)

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 18 września 2008r w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. Nr 173, poz 1072).

Imię i nazwisko.....ur.

Miejsce zamieszkania

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?)
od

Rozpoznanie (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania)
.....
.....
.....
.....
.....

Określenia, czy aktualny stan zdrowia dziecka/ucznia: (właściwe podkreślić)

- uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola/szkoły
- znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły

Określenie zakresu, w jakim dziecko/uczeń, któremu stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły może brać udział w zajęciach, organizowanych:
(właściwe podkreślić)

- *indywidualnie* w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu/szkole
tak: w zakresie
nie może brać udziału

- z grupą wychowawczą w przedszkolu/oddziałem (klasą) w szkole:
tak: w zakresie
nie może brać udziału

Uzasadnienie (w przypadku stwierdzenia, że dziecko/uczeń wymaga indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania) przyczyn, z powodu których stan zdrowia znacznie utrudnia lub uniemożliwia uczęszczania do przedszkola/szkoły.

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

Okres (nie krótszy niż 30 dni), w którym stan zdrowia uniemożliwia/znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

.....
podpis i pieczętka lekarza

Wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie.

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....
(miejscowość i data)

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