

pieczęć placówki

miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 3 w Gdańsku 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.2017.1743)

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....
(przedszkole/szkoła, klasa)

.....
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....
(adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów)

Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 5 rozp.)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)) wskazujące na konieczność realizowania obowiązku szkolnego w formie nauczania indywidualnego:

ICD-.....
.....
.....
.....
.....

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ ZAŚWIADCZENIA

=====

Określenie formy realizacji indywidualnego nauczania *

Stan zdrowia dziecka/ucznia:

- **uniemożliwia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły - nauczanie indywidualne realizowane w miejscu pobytu dziecka (dom rodzinny/placówka)

lub

- **utrudnia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły - nauczanie indywidualne realizowane w miejscu pobytu dziecka (dom rodzinny/placówka) **z możliwością włączenia w wybrane zajęcia w grupie rówieśniczej**

*odpowiednie podkreślić

Wskazany okres zalecanego nauczania indywidualnego (nie mniej niż 30 dni i nie dłużej niż jeden rok szkolny):

od do

Informacje istotne dla organizacji rocznego indywidualnego przygotowania przedszkolnego / nauczania indywidualnego.

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)