……………………………………….

 (pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

Podstawa prawna: rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych - § 6 ust.5 (Dz. U. z 2017r. poz. 1743)

Imię i Nazwisko…………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia……………………………………………………………………………………………………..

Miejsce zamieszkania……………………………………………………………………………………………..

**CZĘŚĆ A.**

wypełnia się dla uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiejkolwiek formie, tj. dotyczące kształcenia specjalnego albo indywidualnego nauczania rocznego przygotowania przedszkolnego albo indywidualnego nauczania albo zajęć rewalidacyjno – wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju.

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka** (§6 ust. 3 rozporządzenia)

Choroba główna oraz choroby współwystępujące:

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

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

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

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

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

 Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………

Ocena wyniku leczenia:

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

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

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

 **CZĘŚĆ B.**

w przypadku uczniów ubiegających się o indywidualne przygotowanie przedszkolne albo indywidualne nauczanie proszę określić dodatkowo czy:

1. Stan zdrowia dziecka / ucznia: **uniemożliwia / znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (proszę zakreślić).
2. **Okres,** w którym stan zdrowia dziecka / ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły **(nie krótszy niż 30 dni)** (§6 ust. 4 rozporządzenia)

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

1. Czy stan zdrowia dziecka / ucznia pozwala mu na **uczestniczenie w zajęciach na terenie przedszkola / szkoły?**

 **TAK NIE** (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

1. Jeśli stan zdrowia dziecka / ucznia pozwala mu na branie udziału w zajęciach na terenie przedszkola / szkoły, proszę określić zakres, w jakim dziecko / uczeń może brać udział w zajęciach przedszkolnych / w szkolnych zajęciach edukacyjnych:
2. Czy dziecko może uczestniczyć w zajęciach

**z grupą wychowawczą** w przedszkolu / **z oddziałem** w szkole **TAK NIE**

1. Czy dziecko powinno mieć zajęcia

**w odrębnym pomieszczeniu** w przedszkolu / szkole **TAK NIE**

* **Lekarz medycyny pracy** określa **możliwość** dalszej realizacji **praktycznej nauki zawodu** (§6 ust. 5 rozporządzenia), jeśli uczeń ubiegający się o indywidualne nauczanie uczęszcza do szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie:

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

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

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

1. **Uzasadnienie** (wskazanie **faktów** oraz **przyczyn**, z powodu których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie utrudnioną możliwość uczęszczania do szkoły):

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

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

…………………………………… ……………………………………….

 (miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)