Pieczątka placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/ UCZNIA NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026r., poz. 428)

/dotyczy ubiegania się o nauczanie indywidualne lub indywidualne roczne przygotowanie przedszkolne/

I. Imię i nazwisko dziecka / ucznia……...
Data urodzenia……..
Miejsce zamieszkania……

II. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD ……
……...
……...
……...

III. Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej i jej wpływ na funkcjonowanie dziecka/ ucznia …….
……...
……...
……...……
……..
……...
……...
……...
……...
……...

IV. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia specjalistycznego
……...
……...
……...
……
……..
……...
……
……..
……...
……...
……
……..

V. Ocena wyniku leczenia i rokowania ……
……...
……
……..

……...
……
……..
……...
……
……..
……...

VI. Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne …….
……...
……
……..
……...
……
……..
……...
……
……..
……...

VII. Czy w związku z powyższym dziecko wymaga objęcia nauczaniem indywidualnym /*właściwe podkreślić/*

Tak / Nie

Stan zdrowia: znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola szkoły Tak / Nie
uniemożliwia uczęszczanie do szkoły Tak / Nie

VIII. Okres, w jakim zachodzi potrzeba nauczania indywidualnego (nie krótszy niż 30 dni)
……..
……
……..

……
……
Miejscowość, data *Pieczątka i podpis lekarza*

Oświadczenie lekarza w trakcie specjalizacji

Oświadczam, że zaświadczenie wydaję w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust. 13).

.....…. .....
Pieczątka i podpis lekarza Miejscowość, data

IX. Możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu- *wypełnić tylko w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe*

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

……
……

Miejscowość, data *Pieczątka i podpis lekarza medycyny pracy*