

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZA ŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia ucznia ubiegającego się o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego**  
**nauczania**

*dla potrzeb zespołu orzekającego 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. z 2017r. poz. 1743).*

Nazwisko i imię ..... data ur.....

Miejsce zamieszkania .....

Szkoła/Przedszkole ..... klasa .....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

4. Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania (proszę zakreślić właściwą odpowiedź).

TAK

NIE

5. **Uzasadnienie** (w przypadku stwierdzenia, że uczeń wymaga indywidualnego nauczania, wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do szkoły):

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

6. Stan zdrowia ucznia (proszę zaznaczyć właściwe):

**UNIEMOŻLIWIA** (zajęcia odbywają się w miejscu zamieszkania ucznia)

**ZNACZNIE UTRUDNIA** (uczeń może brać udział w zajęciach na terenie szkoły)

uczęszczenie do szkoły.

7. **Okres** na jaki uczeń powinien zostać objęty indywidualnym nauczaniem (**nie krótszy niż 30 dni nie dłuższy niż jeden rok szkolny**).

.....

8. Ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczenie do szkoły

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

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęćka i podpis lekarza)