

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia

do wydania orzeczenia **o potrzebie indywidualnego nauczania,**
indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Brzeszczach
działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r.
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające
działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2026 r., poz. 428).

Nazwisko i imię:, data urodzenia, PESEL.....

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD lub innego problemu zdrowotnego oraz wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia.

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania.

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

4. Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.

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

5. Stwierdzenie uogólniające czy stan zdrowia ucznia (proszę właściwe podkreślić)

* **uniemożliwia**

* **znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły lub przedszkola**

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

.....

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

Część dotycząca ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe.
(wydaje lekarz medycyny pracy)

.....
Pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w sprawie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

Na podstawie rozporządzenia MEN z dnia 07 września 2017r. 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 urodzenia**, **PESEL**

Miejsce zamieszkania

- Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.
- Istnieje przeciwwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu
(wybrane podkreślić)

Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu.

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza