



.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIĄ

DO INDYWIDUALNEGO OBOWIĄZKOWEGO ROCZNEGO PRZYGOROWANIA PRZEDSZKOLNEGO
LUB INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNEJ
W CIESZYNIĘ/SKOCZOWIE*

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017r. poz. 59 i 949), Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U. z 2017r., poz.1743)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:.....

Data urodzenia:.....**miejsce urodzenia:**.....

Nr PESEL:.....

Miejsce zamieszkania:.....

Stan zdrowia dziecka **uniemożliwia/znacznie utrudnia*** uczęszczanie do przedszkola/szkoły*

w okresie: (nie krótszym niż 30 dni i nie dłuższym niż jeden rok szkolny)

.....
Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującym ICD 10, powodującego, że stan zdrowia dziecka/ucznia* uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły*:

--	--	--

(kod ICD 10)

.....
Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia* wynikające z przebiegu choroby, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R Z A M E D Y C Y N Y P R A C Y
OKREŚLAJĄCE MOŻLIWOŚĆ DALSZEGO KSZTAŁCENIA W ZAWODZIE
NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNEJ
W CIESZYNIE/SKOCZOWIE*

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017r. poz 59 i 949), Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U. z 2017r., poz.1743)

Imię i nazwisko ucznia.....

Pesel:.....

Data urodzenia:..... **miejsce urodzenia:**.....

Miejsce zamieszkania:.....

.....

Szkoła:.....

.....

Ze względu na stan zdrowia uczeń/uczennica* nie może regularnie uczęszczać do szkoły

kształcącej w zawodzie.....

(nazwa zawodu)

Stanowisko lekarza w sprawie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu przez ucznia objętego indywidualnym nauczaniem:

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)