

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU**

DOTYCZĄCE DZIECKA/UCZNIA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O: (podkreślić właściwe)
INDYWIDUALNE OBOWIĄZKOWE ROCZNE PRZYGOTOWANIE PRZEDSZKOLNE / INDYWIDUALNE NAUCZANIE

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania orzeczenia na podstawie art.127 ust.10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.– Prawo oświatowe (Dz.U.z 2017 r. poz.59 i 949).

I.DANE DZIECKA/UCZNIA

..... (imię i nazwisko dziecka/ucznia)

..... (data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)

..... (adres zamieszkania dziecka/ucznia)

II.ROZPOZNANIE

(Informacja dla lekarza: obowiązujące przepisy oświatowe zezwalają na realizację indywidualnego nauczania wyłącznie poza szkołą – w miejscu pobytu ucznia (dom, szpital, sanatorium).

Prosimy wziąć powyższe pod uwagę podczas zalecania takiej formy wsparcia ucznia.)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego **wraz z oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) **powodującego, że stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia mu uczęszczanie do przedszkola/szkoły:**

.....

ICD -... :

Wynikające z ww. choroby lub innego problemu zdrowotnego **aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają** dziecku/ uczniowi **uczęszczanie** do przedszkola/ szkoły:

.....

.....

.....

.....

III.OŚWIADCZENIE LEKARZA

Na podstawie ww. rozpoznania stwierdzam, że przewidywany okres, w którym stan zdrowia dziecka/ ucznia znacznie utrudnia mu lub uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola/ szkoły to: **(wypełnić właściwie)**

a. przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni, w którym stan zdrowia **znacznie utrudnia** dziecku/ uczniowi uczęszczanie do przedszkola/szkoły: od dn. do dn.
(należy wskazać datę) (należy wskazać datę)

lub

b. przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni, w którym stan zdrowia **uniemożliwia** dziecku/ uczniowi uczęszczanie do przedszkola/szkoły: od dnia:..... do dn.
(należy wskazać datę) (należy wskazać datę)

data pieczętka i podpis lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego (którą **należy dołączyć do zaświadczenia**)

pieczęć placówki medycznej zatrudniającej lekarza medycyny pracy

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO
PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU**

DOTYCZĄCE UCZNIA SZKOŁY **PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE W ZAWODZIE** UBIEGAJĄCEGO SIĘ O INDYWIDUALNE NAUCZANIE

I. OŚWIADCZENIE LEKARZA

Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

Informacja dla lekarza: aktualne przepisy oświatowe zezwalają na realizację indywidualnego nauczania wyłącznie poza szkołą w miejscu pobytu ucznia (dom, szpital, sanatorium). Dotyczy to wszystkich przedmiotów, w tym zajęć praktycznej nauki zawodu. Prosimy wziąć powyższe pod uwagę podczas wyrażania poniższej opinii.

W związku z rozpoznaniem **choroby lub innego problemu zdrowotnego** wskazanego na **poprzedniej stronie** stwierdzam, że uczeń/ uczennica w okresie **kontynuowania edukacji w formie indywidualnego nauczania realizowanego poza szkołą:**

(podkreślić właściwe)

a. **może** dalej realizować praktyczną naukę zawodu w zawodzie(należy podać zawód)
lub

b. **nie może** dalej realizować praktycznej nauki zawodu w zawodzie(należy podać zawód)

Jeśli uczeń może kontynuować praktyczną naukę zawodu należy wskazać warunki jej realizacji związane ze stanem zdrowia ucznia

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

data

pieczęćka i podpis lekarza medycyny pracy