

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego PPP w Nowej Dębie

imię i nazwisko ucznia

data i miejsce urodzenia.....

miejsce zamieszkania

1. **Okres** (*nie krótszy niż 30 dni*) od dnia do dnia

w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia, znacznie utrudnia (*właściwe podkreślić*) uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

2. **Rozpoznanie choroby** lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....
.....

A. Dotyczy dzieci przedszkolnych

3. Czy dziecko może brać udział w zajęciach przedszkolnych organizowanych: (*właściwe podkreślić*).

TAK z grupą wychowawczą indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu

NIE

4. **Zakres**, w jakim dziecko może brać udział w zajęciach przedszkolnych organizowanych z grupą wychowawczą lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu:

.....
.....

B. Dotyczy uczniów szkół

5. Czy uczeń może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych organizowanych: (*właściwe podkreślić*).

TAK z oddziałem szkolnym indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu

NIE

6. **Zakres**, w jakim uczeń może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych, organizowanych z oddziałem w szkole lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w szkole

.....
.....

W przypadku ubiegania się o orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenia w zawodzie należy dołączyć zaświadczenie określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu od lekarza medycyny pracy.

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza