……
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydawane w związku z potrzebą indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży oraz wydawania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, a także szczegółowych zasad kierowania do kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania

Imię i nazwisko: …….. ur. ……
Miejsce zamieszkania …….

1. Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły wraz z uzasadnieniem.

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

2. Okres – nie krótszy niż 30 dni – w którym stan zdrowia uniemożliwia/ znacznie utrudnia* uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

……
……
……
……
……
……
……

* niepotrzebne skreślić

3. Zakres, w jakim dziecko, któremu stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola, może brać udział w zajęciach, w których realizowana jest podstawa programowa wychowania przedszkolnego, organizowanych z grupą wychowawczą lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu (dotyczy dzieci realizujących roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

4. Zakres, w jakim uczeń, któremu stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych, organizowanych z oddziałem w szkole lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w szkole (dotyczy uczniów szkół podstawowych, gimnazjów, szkół ponadgimnazjalnych)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

…… ……..

/ miejscowość, data / / pieczątka i podpis lekarza/

……
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko: …….. ur. ……
Miejsce zamieszkania …….

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia
   Choroba główna oraz choroby współwystępujące
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   Ocena wyniku leczenia i rokowania
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

…… ……..
/ miejscowość, data / / pieczątka i podpis lekarza/