

.....
pieczętka placówki służby zdrowia

Data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wniosku o indywidualne nauczanie/indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne

(dla potrzeb Zespołu Orzekającego przy Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 2
w Bydgoszczy)

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 18 września 2008 r. w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. nr 173 poz. 1072)

Imię i nazwisko: ur.....

Miejsce zamieszkania.....

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?).....

od.....

Rozpoznanie choroby (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania):

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

Określenie, czy aktualny stan zdrowia dziecka/ucznia: (właściwe podkreślić)

-uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola/szkoły*

-znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły**

***stan uniemożliwiający**-uniemożliwia uczęszczanie do szkoły/przedszkola

****znacznie utrudniający**-umożliwia realizację zajęć edukacyjnych na terenie szkoły/przedszkola, zajęć rewalidacyjnych i wynikających z form pomocy psychologiczno-pedagogicznej, rozwijających zainteresowania i uzdolnienia oraz udział w uroczystościach i imprezach szkolnych

W przypadku określenia stanu zdrowia jako **znacznie utrudniający** uczęszczanie do szkoły/przedszkola należy określić zakres, w jakim dziecko/ uczeń może brać udział w zajęciach organizowanych: **(właściwe podkreślić)**

-**indywidualnie** w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu/szkole

tak: w zakresie wszystkich przedmiotów

tak: w zakresie następujących przedmiotów (wymienić jakich?)

.....

-z **grupą wychowawczą** w przedszkolu/oddziałem (klasą) w szkole:
tak: w zakresie (jakich przedmiotów?)

.....
nie może brać udziału

Uzasadnienie (w przypadku stwierdzenia, że dziecko/uczeń wymaga indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania) **przyczyn, z powodu których stan zdrowia znacznie utrudnia lub uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola/szkoły.**

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

Okres (nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż rok szkolny w przypadku szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie), w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia/ znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....
podpis i pieczętka lekarza

Wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie.

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....
(miejsowość i data)

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