……
(Pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E

O stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

Na podstawie § 6 ust. 5 pkt. 1- 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743)

Wnioskuję o objęcie nauczaniem indywidualnym ze względu na stan zdrowia :
znacznie utrudniający / uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły *

……..
/Imię i nazwisko, data urodzenia/

……
/ Adres zamieszkania/

Przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni, w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły :

…….
/okres- nie krótszy niż 30 dni-w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły/

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnie z aktualnie obowiązująca Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) :

……

……

……

Ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do szkoły
……

……

……

……

……

……

……dnia…… Pieczęć i podpis lekarza

*podkreśl właściwe