………………………………………..

pieczęć placówki miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/ UCZNIA**

**UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ORZECZENIE O POTRZEBIE NAUCZANIA**

**INDYWIDUALNEGO**

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Malborku, Kotarbińskiego 32 działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 w sprawie opinii i orzeczeń wydawane przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych ( Dz.U.2017,poz.1743).

**Imię i nazwisko dziecka…………………………………………………………………………………………………….**

**Data urodzenia………………………………………………………………………………………………………………..**

**Pesel dziecka…………………………………………………………………………………………………………………..**

**Miejsce zamieszkania………………………………………………………………………………………………………..**

**Imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych…………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Zaświadczenie o stanie zdrowia, **który uniemożliwia / znacznie utrudnia**

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (właściwe podkreślić).

1. Rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD10):

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. Określenie czasu, w którym stan zdrowia uniemożliwia uczęszczanie do szkoły ( nie mniej niż 30 dni i nie dłużej niż jeden rok szkolny):

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. Wpływ u choroby na funkcjonowanie ucznia, uzasadniające przyznanie orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego:

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału w zajęciach (czy uczeń może uczestniczyć w dodatkowych specjalistycznych zajęciach zkk, zdw, zajęcia z psychologiem lub innych):

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. Inne istotne informacje:

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

………………………………………………

Pieczątka i podpis lekarza