

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**  
działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz.U. Nr 173, poz. 1072)

Imię i Nazwisko ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania.....

Wypełnia się dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie.

1. Stwierdzenie, czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania  
(proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź)

TAK

NIE

na okres od ..... do .....

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

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

3. Stwierdzenie, czy stan zdrowia **uniemożliwia** czy **znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (właściwe podkreślić)

4. Określenie zakresu, 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:

.....  
.....

5. Określenie zakresu, 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:

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

6. Uzasadnienie tj. wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do szkoły:

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

.....  
/ miejscowość, data /

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/