Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Kartuzach
83 - 300 Kartuzy, ul. Kolejowa 17 , tel. (58) 736-63-74. e - mail: ppp-kartuzy@wp.pl

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) . . . ., dnia . . . . r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Kartuzach, działając na podstawie Rozporządzenia Ministra edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych (Dz. U.2017.1743)

Dotyczy przyznania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania dla ucznia:

. . . . |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(imię i nazwisko dziecka/ucznia) *(PESEL)*

urodzonego . . . . w . . . . ,
(data) *(miejscowość)*

zamieszkałego w . . . . ,
(adres)

na okres. . . . . ,
(okres nieobecności; uwaga: nie krótszy niż 30 dni)

ze względu na stan zdrowia: *(właściwe podkreślić)*

- *uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły*
- *znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły*

Rozpoznanie: *(choroby lub innego problemu zdrowotnego)*

Symbol ICD 10

……………………………………………………………………………………………..

Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

………………………………………………………………………………………….................

....

………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………..

Ocena możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu *(w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenia zawodowe – wypełnia lekarz medycyny pracy)*. . . . .

. . . .

. . . .
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)