

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(miejscowość, data)

## Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/ucznia

(w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 2 w Gdyni)

.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

### Rozpoznanie

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia

2. Choroby współistniejące.

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, wyniki badań, data rozpoczęcia leczenia

4. Oświadczenie lekarza, że aktualny stan zdrowia dziecka/ucznia (**właściwe podkreślić**):

**UNIEMOŻLIWIA/ZNACZNIE UTRUDNIA** uczęszczanie do przedszkola lub innej formy wychowania przedszkolnego, szkoły, szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe\*\*

od..... do..... \*

*Zajęcia indywidualnego nauczania prowadzi się w miejscu pobytu dziecka, w szczególności w domu rodzinnym, placówkach, o których mowa w art. 2 pkt. 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949), u rodziny zastępczej, w rodzinnym domu dziecka, w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 697 i 1292).*

**W przypadku znacznego utrudnienia** uczęszczania do przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego, szkoły, szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe należy określić zakres, w jakim dziecko może brać udział w zajęciach edukacyjnych organizowanych w przedszkolu, innej formie wychowania przedszkolnego, szkole, szkole prowadzącej kształcenie zawodowe (**właściwe podkreślić**):

- dziecko/uczeń może uczestniczyć w życiu przedszkola, innej formie wychowania przedszkolnego, szkoły, szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe (np. zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia, uroczystościach i imprezach przedszkolnych) TAK NIE,
- dziecko/uczeń może uczestniczyć w wybranych zajęciach edukacyjnych TAK NIE,

.....  
(pieczęć, podpis lekarza)

\* Okres indywidualnego nauczania nie może trwać krócej niż 30 dni.

\*\*W przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe należy dołączyć zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.