

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

działającego 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. 2017r. poz. 1743)

imię i nazwiskour.

miejsce zamieszkania.....

- stan zdrowia uniemożliwiający uczęszczanie do przedszkola/szkoły
- stan zdrowia znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola/szkoły

1. Przewidywany okres, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły (**nie krótszy niż 30 dni**):

.....
.....

2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) :

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

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

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY
określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie,
w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

działającego 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. 2017r. poz. 1743)

imię i nazwiskour.

miejsce zamieszkania.....

możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsce i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)