

.....  
(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)  
**w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Augustowie**

Imię i nazwisko .....ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

**CZEŚĆ A.** (Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie tj. dotyczące kształcenia specjalnego, albo indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, albo indywidualnego nauczania, albo zajęć rewalidacyjno – wychowawczych, albo wczesnego wspomaganie rozwoju).

### **1. Zaświadczenie o stanie zdrowia ( § 6 ust. 3 rozporządzenia)**

Choroba główna oraz choroby współwystępujące

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia.

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

**CZEŚĆ B** (Wypełnia się tylko dla uczniów ubiegających się o indywidualne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne lub o indywidualne nauczanie)

**2. Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania** (proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź)

**TAK**

**NIE**

**3. Stwierdzenie czy stan zdrowia ucznia uniemożliwia, czy też znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły ( proszę zakreślić właściwe)**

**UNIEMOŻLIWIA**

**ZNACZNIE UTRUDNIA**

**4. Określenie czasu, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (§ 6 ust. 4 rozporządzenia), nie krótszy niż 30 dni.**

.....

**5. Uzasadnienie ( w przypadku stwierdzenia, że uczeń wymaga indywidualnego nauczania) tj. wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do szkoły (§ 6 ust. 4 rozporządzenia).**

.....

.....

**6. Jeżeli stan zdrowia dziecka znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola /szkoły proszę określić zakres w jakim dziecko/uczeń może brać udział w zajęciach, w których realizowana jest podstawa programowa wychowania przedszkolnego lub w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych w szkole.**

**Proszę wybrać – możliwość a) lub b)**

- a) dziecko/uczeń może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych z grupą wychowawczą w przedszkolu/ z klasą w szkole  
tak: w zakresie .....  
nie
- b) dziecko może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu/szkole  
tak: w zakresie.....  
nie

### **CZEŚĆ C**

(Wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o nauczanie indywidualne ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie)

**7. Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu (§ 6. ust. 5 rozporządzenia):**

.....

.....

.....

.....  
/ Miejscowość, data /

.....  
/ Pieczętka i podpis lekarza /

---

**Informujemy, że tygodniowy wymiar godzin zajęć indywidualnego nauczania wynosi:**

- 1) dla dzieci przedszkolnych roczne przygotowanie przedszkolne – od 4 do 6 godzin
- 2) dla uczniów klas I – III szkoły podstawowej – od 6 do 8 godzin
- 3) dla uczniów klas IV – VI szkoły podstawowej od 8 do 10 godzin
- 4) dla gimnazjum – od 10 do 12 godzin
- 5) dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych – od 12 do 16 godzin