

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka w wieku przedszkolnym

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego
powołanego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 6 w Łodzi**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. Nr 173, póź. 1072)

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

CZĘŚĆ A (wypełnia się dla dzieci w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, indywidualnego nauczania, zajęć rewalidacyjno - wychowawczych)

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka (§ 6 ust. 1 pkt. 2, 3 i 4 Rozporządzenia)

a) Rozpoznanie choroby:

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

b) Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

c) Ocena wyników leczenia i rokowania:

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

d) Wskazania dotyczące konieczności kształcenia specjalnego

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

CZĘŚĆ B (dotyczy dzieci wymagających indywidualnego przygotowania przedszkolnego)

1. Stwierdzenie, czy dziecko aktualnie wymaga indywidualnego nauczania
(*odpowiednie podkreślić):

TAK

NIE

2. Określenie stanu zdrowia ucznia w aspekcie możliwości uczęszczania do przedszkola jako:
(*odpowiednie podkreślić)

a) uniemożliwiający (indywidualne przygotowanie przedszkolne realizowane na terenie domu)

b) znacznie utrudniający (indywidualne przygotowanie przedszkolne realizowane na terenie przedszkola w odrębnym pomieszczeniu)

- wskazanie **zakresu**, w jakim dziecko **może brać udział w obowiązkowych zajęciach wychowania przedszkolnego z grupą wychowawczą:**

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

UZASADNIENIE :

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

3. **Określenie czasu**, w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola (§ 6 ust. 1 pkt. 4 pkt. 1 Rozporządzenia)

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)