

(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia ucznia

**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 ucznia .....

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 ucznia (§ 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 uczniów wymagających **indywidualnego nauczania** )

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

**TAK**

**NIE**

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

**a) uniemożliwiający** ( nauczanie indywidualne realizowane na terenie domu)

**b) znacznie utrudniający** ( nauczanie indywidualne realizowane na terenie szkoły w odrębnym pomieszczeniu)

- wskazanie **zakresu**, w jakim uczeń **może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych z oddziałem klasowym**:

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

**UZASADNIENIE :**

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

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

.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)