

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka/ucznia

Imię (imiona) i nazwisko.....

data i miejsce urodzenia.....

Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 Proszę ocenić ogólny stan zdrowia dziecka/ ucznia¹: DOBRY; WYMAGA LECZENIA

2. Czy dziecko /uczeń choruje przewlekłe?² TAK / NIE

3. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)³

.....

.....

.....

.....

4. Czy dziecko /uczeń jest objęty stałą opieką lekarską?⁴ TAK / NIE

Jakiego lekarza specjalisty.....

5. Wskazanie niepełnosprawności⁵:

- ☐ intelektualna
- ☐ niesłyszenie
- ☐ słabosłyszenie
- ☐ niewidzenie
- ☐ słabowidzenie
- ☐ niepełnosprawność ruchowa w tym z afazją
- ☐ Autyzm
- ☐ Zespół Aspergera
- ☐ Inna - Jaka

¹Właściwe zakreślić

²Właściwe zakreślić

³Wypełnić pismem drukowanym

⁴ Właściwe zakreślić

⁵ Stosownie do Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015r. . (Dz. U. z 2015 poz. 1113 z późn. zm.)

6. Czy stan zdrowia ucznia wpływa na jego funkcjonowanie?⁶ TAK / NIE

- intelektualne ☐
- społeczne ☐
- szkolne ☐

7. Jaki wpływ ma choroba na funkcjonowanie ucznia w szkole?⁷

.....

.....

.....

8. Czy choroba powoduje ograniczenia, jakie?⁸

.....

.....

.....

9. Proponowane formy usprawniania, rehabilitacji i terapii:⁹

.....

.....

.....

10. Wskazanie sprzętu specjalistycznego niezbędnego do proponowanych form usprawniania, rehabilitacji i terapii:¹⁰

.....

.....

.....

11. Informacje dodatkowe

.....

.....

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/

⁶ Właściwie zakreślić

⁷ Wypełnić pismem drukowanym

⁸ Wypełnić pismem drukowanym

⁹ Wypełnić pismem drukowanym

¹⁰ Wypełnić pismem drukowanym