

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej

na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz. 1591 z późn. zm.)

Uczeń.....
(imię i nazwisko ucznia)

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

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

Adres zamieszkania.....

Może uczęszczać do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie może realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym i wymaga dostosowania organizacji i procesu nauczania do swoich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

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

2. Oznaczenie alfanumeryczne choroby zgodnie z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD:

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

3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych
wspólnie z oddziałem szkolnym:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)