PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 1
81-595 Gdynia, ul. Leopolda Staffa 10, tel. (058) 622-09-42/fax 781-01-83
e-mail: ppp1.gdynia@onet.pl strona: www.ppp1gdynia.pl

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

Zaświadczenie o stanie zdrowia ucznia

(w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Gdyni)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

....
(data i miejsce urodzenia) (PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

Rozpoznanie

1.**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego <u>wraz z oznaczeniem alfanumerycznym</u>**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczna Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia
.....
.....
.....

2. Ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia lub ucznia wynikające w/w choroby lub innego problemu zdrowotnego
.....
.....
.....
.....
.....

3.Choroby współistniejące
.....
.....
.....

4.Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, wyniki badań, data rozpoczęcia leczenia
.....
.....
.....
.....
.....

5. Oświadczenie lekarza, że aktualny stan zdrowia dziecka (<u>właściwe podkreślić</u>):

Uniemożliwiający / znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły

od..... do..... *

Zajęcia indywidualnego nauczania prowadzi się w miejscu pobytu dziecka, w szczególności w domu rodzinnym, placówkach, o których mowa w art. 2 pkt. 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949), u rodziny zastępczej, w rodzinnym domu dziecka, w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 697 i 1292).

.....
(pieczątka, podpis lekarza)

*<u>**Okres indywidualnego nauczania nie może trwać krócej niż 30 dni.**</u>