

.....  
(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 wraz z oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną 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 (właściwe podkreślić):**

**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).*

.....  
(pieczęć, podpis lekarza)

**\*Okres indywidualnego nauczania nie może trwać krócej niż 30 dni.**