

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka/ ucznia**

*dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
nr 2 w Radomiu ul. Toruńska 9*

**dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie:**  
**indywidualnego nauczania/indywidualnego obowiązkowego rocznego**  
**przygotowania przedszkolnego**

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).

.....  
Imię i nazwisko dziecka/ ucznia

.....  
Data i miejsce urodzenia

.....  
PESEL

.....  
Miejsce zamieszkania

1. Określenie, czy **stan zdrowia** dziecka/ ucznia (właściwe podkreślić lub zaznaczyć):

**A) - UNIEMOŻLIWIA** uczęszczanie do przedszkola/szkoły,

**B) - ZNACZNIE UTRUDNIA** uczęszczanie do przedszkola/szkoły.

2. Określenie **czasu**, w którym stan zdrowia dziecka *uniemożliwia lub znacznie utrudnia* uczęszczanie do szkoły lub przedszkola (**nie krótszy niż 30 dni**).

.....  
.....

3. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego\*

.....  
.....

4. Oznaczenie alfanumeryczne, zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)\*

.....

5. Określenie ograniczeń wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły\*

- ograniczenia w sferze poznawczej .....
- ograniczenia w sferze emocjonalnej .....
- ograniczenia w sferze społecznej .....
- ograniczenia ruchowe .....
- inne .....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

6. **Zaświadczenie wydawane przez lekarza medycyny pracy** określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe\*)

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* Punkty konieczne do wypełnienia z uwagi na cel wydawania zaświadczenia lekarskiego.