



POWIATOWA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W ŚLESINIE

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY
O STANIE ZDROWIA UCZNIA DLA WYDANIA
ORZECZENIA O POTRZEBIE INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA**

Podstawa prawna: § 6 ust. 6 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Imię i nazwisko ucznia

PESEL.....Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

Nazwa szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe:.....

1. **Uczeń wymaga** indywidualnego nauczania ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający lub znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły (*właściwe zaznaczyć*), w okresie **nie krótszym niż 30 dni** (§ 6, ust. 5, pkt 1), tj.:

od dniado dnia

2. **Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:

..... ☐ ☐ ☐ ☐

wskazanie rozpoznania głównego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD

..... ☐ ☐ ☐ ☐

wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD

..... ☐ ☐ ☐ ☐

3. **Określenie możliwości ucznia dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:**

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

.....
pieczęć i podpis lekarza