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

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub lekarza praktykującego indywidualnie

wraz z numerem REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania

Podstawa prawna: § 6 pkt 5 Rozporządzenia MEN z dnia z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.   
z 2023 r. poz. 2061).

Do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania wnioskodawca dołącza zaświadczenie o stanie zdrowia ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Zaświadczam, że .................................................................................... ur. ...........................................

(nazwisko i imię ucznia) (data urodzenia)

PESEL ………………………………………………………………………………………………….

zamieszkały …………………………………………………………………………………………….

(adres zamieszkania)

# 

z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający / znacznie utrudniający[[1]](#footnote-2) uczęszczanie do szkoły powinien korzystać z indywidualnego nauczania w okresie od ........................... do .............................

(okres nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny).

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Ograniczenia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego w funkcjonowaniu ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do szkoły:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Miejscowość, data..................................... …………………………..

## Pieczęć i podpis lekarza

## 3. Zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu, w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Miejscowość, data..................................... …………………………..

## Pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy

1. Właściwe podkreślić. [↑](#footnote-ref-2)