Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Opocznie

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna

PPP

**w Opocznie**

ul. Armii Krajowej 2, 26-300 Opoczno

tel./fax. 44/741-64-62; sekretariat@pppopoczno.pl

http://www.pppopoczno.4bip.pl

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**

**przy Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Opocznie**

*działającego na podstawie § 6.1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. 2017, poz. 1743)*

Imię i nazwisko **…………………………………………….………** ur**. ………….......…………….**

Miejsce urodzenia dziecka **…………………………………………………..……………………..**

Nr PESEL (dziecka)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Miejsce zamieszkania **………………………………………………………………………...…….**

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?) **...……………………………..…...……...**

**…………………………………………………………………..…**od **……………………….…...**

**CZĘŚĆ A.** (Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których będzie prowadzone podstępowanie orzekające w jakiejkolwiek formie tj. dotyczące kształcenia specjalnego albo indywidualnego nauczania albo zajęć rewalidacyjno - wychowawczych).

**1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6.1 rozporządzenia)**

Rozpoznanie - choroba główna oraz choroby współwystępujące **(oznaczenie ICD) ……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………..**

Wynikające z choroby głównej lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

Sprzęt specjalistyczny, jaki jest niezbędny do zabezpieczenia potrzeb edukacyjnych dziecka (wynikających m.in. z jego niepełnosprawności):

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**CZĘŚĆ B.** (Wypełnia się dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie).

**1. Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania** (proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź).

**TAK NIE**

**2. Uzasadnienie** (w przypadku stwierdzenia, że uczeń wymaga indywidualnego nauczania wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do szkoły np. unieruchomienie, konieczność izolacji, zagrożenie dla otoczenia, inne - jakie?)

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**3.** Określenie czy aktualny stan zdrowia **uniemożliwia** czy **znacznie utrudnia** uczęszczanie do szkoły (proszę podkreślić właściwe)

**4. Określenie czasu (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny), w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły (§ 15.1 rozporządzenia)**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………..**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [pieczęć nagłówkowa) (miejscowość, data] [pieczątka i podpis lekarza]

**CZĘŚĆ C.** Zaświadczenie lekarza medycyny pracy, w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe, określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [pieczęć nagłówkowa) (miejscowość, data] [pieczątka i podpis lekarza medycyny pracy]