

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia dziecka/ucznia  
w związku z wnioskiem rodziców o wydanie\***

- 1.orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
- 2.orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- 3.opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju
- 4.orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania
- 5.orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

**kierowane do Zespołu Orzekającego  
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Pruszczu Gdańskim**

(zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych – Dz.U. z 2017, poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL dziecka/ucznia: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania.....

**1. Rozpoznanie:**

Choroba podstawowa: .....

Choroby współistniejące: .....

**2. Dziecko/uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej od:**

**3. Przebieg leczenia i rokowanie:**

(zabiegi, operacje, podawane leki mające wpływ na proces uczenia się uzasadniające specjalną organizację nauki/wspomaganie rozwoju dziecka, organizację nauczania indywidualnego, ocena wyników leczenia, rokowania, możliwości poprawy i inne):

**4. Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb dziecka/ucznia, wspomaganie rozwoju dziecka/ucznia (metody, formy pracy, specjalistyczny sprzęt, specjalne warunki kształcenia):**

\*właściwe podkreślić

Ad. 1 W przypadku dziecka/ucznia ubiegającego się o uzyskanie kształcenia specjalnego z uwagi na niepełnosprawność należy wpisać rodzaj niepełnosprawności:

.....  
(należy wpisać uwzględniając: niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym, niepełnosprawność ruchową, w tym afazję, niedosłuch - stopień, niesłyszące dziecko, niedowidzenie - stopień, niewidzące dziecko, autyzm, w tym zespół Aspergera)

lub zagrożenie niedostosowaniem społecznym/niedostosowanie społeczne  
(wpisać właściwe)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

Ad. 2 W przypadku dziecka/ucznia wymagającego organizacji zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zaznaczyć formę zajęć: wymaga zajęć indywidualnych, wymaga zajęć zespołowych\*

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

Ad. 3 W przypadku dziecka wymagającego wczesnego wspomaganie rozwoju z uwagi na wykrytą niepełnosprawność należy określić problemy zdrowotne i wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu oraz rodzaj wykrytej niepełnosprawności:

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

Ad. 4 i Ad. 5 W przypadku wniosku lekarza o nauczanie indywidualne:

Oświadczenie lekarza, że aktualny stan zdrowia ucznia/dziecka (właściwe podkreślić)\*:

- a) znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły/przedszkola – zajęcia programowe z uczniem/dzieckiem prowadzone są w domu, jednak uczeń/dziecko może brać udział w imprezach i uroczystościach szkolnych oraz innych zajęciach dydaktycznych, wychowawczych i rozwojowych na terenie szkoły/przedszkola
- b) uniemożliwia uczęszczanie do szkoły/przedszkola – zajęcia programowe z uczniem/dzieckiem oraz inne zajęcia niezbędne do jego właściwego funkcjonowania prowadzone są w domu

**Oświadczam, że ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia/dziecka, uniemożliwiają/ znacznie utrudniają uczęszczanie do szkoły/przedszkola\* z uwagi na:**

.....  
**Wnioskuje o indywidualne nauczanie w okresie (nie krótszym niż 30 dni):**

**od .....** **do .....**

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

\*właściwe podkreślić