……..... …….....

pieczęć zakładu miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W sprawie indywidualnego nauczania ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie kierowane do Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Sosnowcu

Zaświadczenie wydaje się dla Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Sosnowcu w celu wydania orzeczenia na podstawie art. 127 ust. 20 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 7 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), rozporządzenie MEN z dnia 28 sierpnia 2014 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2014 r., poz. 1157), rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2017 r. poz. 1616), rozporządzeniem MEN z 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2017 r. poz. 1656).

……

(imię i nazwisko oraz data i miejsce urodzenia)

1. Rozpoznanie (choroby lub innej przyczyny):

Choroba podstawowa (opis przebiegu choroby, dotychczasowego leczenia, rokowania)

……
……
……
……

Choroby współistniejące:

……
……
……

2. Indywidualne nauczanie w okresie (nie krótszym niż 30 dni i nie dłuższym niż rok szkolny)

od…….do…….

3. Stan zdrowia ucznia uczęszczanie do szkoły:

uniemożliwia/znacznie utrudnia*

4. W przypadku stanu zdrowia znacznie utrudniającego uczęszczanie do szkoły określić zakres, w jakim uczeń może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych:

z oddziałem w szkole/ indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu*

5. Uzasadnienie nauczania indywidualnego:

……
……
……
……

6. Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki w zawodzie (wypełnia lekarz medycyny pracy):

……
……
……
……

……..

(pieczątka i podpis lekarza)

(*niepotrzebne skreślić)