

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość, data)

Zaświadczenie lekarskie o potrzebie indywidualnego nauczania

wydaje się na potrzeby Zespołu Orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Giżycku w oparciu o Rozporządzenie MEN z dnia 14 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1743 z późniejszymi zmianami)

Stwierdzam potrzebę indywidualnego nauczania dla:

.....
(imię i nazwisko ucznia)

urodzonego PESEL.....

(data i miejsce urodzenia ucznia)

zamieszkałego

(dokładny adres zamieszkania ucznia)

ucznia szkoły

(nazwa szkoły)

Ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający*/ znacznie utrudniający* uczęszczanie do szkoły

na okres**

(lekarz podaje dokładny okres tj. rok szkolny, od dnia do dnia)

Rozpoznanie:

.....
.....
.....
(lekarz podaje szczegółowe rozpoznanie)

Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do pobierania nauki w warunkach szkolnych: tak nie *

Jeśli tak, to jakie ?

Proszę określić maksymalny czas pobytu ucznia w szkole na zajęciach edukacyjnych:

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*proszę zaznaczyć właściwe

**okres nie może być krótszy niż 30 dni i dłuższy niż jeden rok szkolny