

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy przyznania indywidualnego nauczania dla ucznia:

.....
imię i nazwisko

urodzonego W

zamieszkałego w
adres

ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający/znacznie utrudniający* uczęszczanie do szkoły/
przedszkola na okres**

Rozpoznanie (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania)

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

Stan zdrowia: objawy choroby, leki, inne czynniki, które ograniczają prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie klasowo-lekcyjnym w następujący sposób (np. senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastrojów, agresja, podatność, na infekcje itp.)

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

* właściwie podkreślić

** nie krótszy niż 30 dni

W przypadku stanu zdrowia znacznie utrudniającego uczęszczanie do*:

przedszkola (należy określić zakres, w jakim dziecko może brać udział w zajęciach, w których realizowana jest podstawa programowa wychowania przedszkolnego, organizowanych z grupą wychowawczą lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu)

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

szkoły (należy określić zakres, w jakim uczeń może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych z oddziałem w szkole lub indywidualnie w obrębie pomieszczenia w szkole)

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

Pieczęć i podpis lekarza prowadzącego badanie

.....

....., dnia r.

* Wypełnić odpowiednio dla przedszkola lub szkoły