



Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych Powiatu Żarskiego

68-200 Żary, ul. Wrocławska 5, tel./fax 68 479 43 83
68-300 Lubsko, ul. Pokoju 1c, tel./fax 68 459 77 33, 35-34

e-mail: sekretariat@pppzary.pl
e-mail: lubsko@pppzary.pl

<http://www.pppzary.pl>

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE

o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu orzekającego

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).

Imię i nazwisko

ur..... W

Miejsce zamieszkania

Nazwa i adres przedszkola/szkołykl.....

1. Stwierdzenie, że dziecko/uczeń:

a. wymaga: (właściwe podkreślić)

- **indywidualnego przygotowania przedszkolnego**
- **nauczania indywidualnego**

przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (§6 ust. 5 pkt.1):

.....
.....

2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§6 ust. 5 pkt.2):

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

3. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (§6 ust. 5 pkt.2):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych:

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)