



**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**  
w Mrągowie

.....  
(Pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarskie**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**

**Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Mrągowie** działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 2023r., poz. 2061)

Imiona i nazwisko ucznia.....

Data i miejsce urodzenia ucznia.....

Numer PESEL ucznia .....

Adres zamieszkania ucznia .....

**Zaświadczenie dotyczy ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe,  
w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące indywidualnego  
nauczania.**

**Część A. (Wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sporządzający  
zaświadczenie na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.)**

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), które stanowią przyczynę powodującą, że stan zdrowia ucznia uniemożliwia\* lub znacznie utrudnia\* uczęszczanie do szkoły:

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

**\*właściwe podkreślić**

2. Opis ograniczeń w funkcjonowaniu ucznia wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają\* lub znacznie utrudniają\* uczęszczanie do szkoły:

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

3. Określenie przewidywanego czasu (- **od-do- nie krótszego niż 30 dni**), w którym stan zdrowia ucznia **uniemożliwia\* lub znacznie utrudnia\*** uczęszczanie do szkoły:

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

4. Określenie zakresu, w jakim uczeń, któremu stan zdrowia uniemożliwia\* lub znacznie utrudnia\* uczęszczanie do szkoły może brać udział w działaniach sprzyjających integracji ucznia ze środowiskiem szkolnym oraz ułatwiających powrót ucznia do szkoły.

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

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza)

**\*właściwe podkreślić**

**Część B. (Wypełnia lekarz medycyny pracy)**

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie w tym warunków realizacji przez ucznia praktycznej nauki zawodu:

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

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy)

**\*właściwe podkreślić**