



## Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 18

ul. Koncertowa 4, 02-787 Warszawa  
tel. 22 259 41 62, ppp18@eduwarszawa.pl  
<https://ppp18.ursynow.warszawa.pl>

### Załącznik do WNIOSKU o wydanie orzeczenia

*Pieczęć placówki medycznej  
lub lekarza praktykującego prywatnie  
Nr identyfikacyjny REGON*

### Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. 2017 poz. 1743).

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Data urodzenia..... PESEL \_\_\_\_\_

Miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

**Część A.** wypełnia się dla uczniów, w stosunku, do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie, tj. dotyczące wydania orzeczenia o potrzebie:

- kształcenia specjalnego (KS),
- zajęć rewalidacyjno - wychowawczych indywidualnych/grupowych,
- opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju (WWR),
- indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania (IN); (część A i B)

#### 1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (§ 6. ust. 4 i 5 ww. rozporządzenia MEN).

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego **ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka / ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

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

.....  
(miejscowość, data)

verte

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)



Jednostka oświatowa  
m.st. Warszawy

**Część B** – dotyczy tylko dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące **wydania orzeczenia o potrzebie:**

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

dla dzieci/uczniów, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

**2.** Stwierdzenie **czy dziecko/uczeń wymaga** indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania - **proszę podkreślić właściwą odpowiedź.**

**TAK**

**NIE**

**3.** Uzasadnienie - w przypadku stwierdzenia, że dziecko/uczeń wymaga indywidualnego nauczania należy wskazać fakty oraz przyczyny, z powodu których uczeń **NIE MOŻE uczyć się do przedszkola/szkoły** i wymaga indywidualnego nauczania w domu, w indywidualnym kontakcie z nauczycielem:

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

**4.** Określenie **możliwości udziału dzieci i młodzieży objętych indywidualnym nauczaniem w domu**, których **stan zdrowia znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły, w działaniach sprzyjających integracji ze środowiskiem oraz ułatwiających powrót dziecka/ucznia do nauki w przedszkolu/szkole (§ 14; § 15 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia).

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

**5. Określenia czasu**, w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły (§ 15 ust. 3 rozporządzenia).\*\*

**od** kiedy (dzień, miesiąc, rok): .....

**do** kiedy (dzień, miesiąc, rok): .....

**6. Ocena możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu** (w przypadku ucznia szkoły kształcącej w zawodzie\*\*\* § 15 ust. 3 rozporządzenia) - **wypełnia lekarz medycyny pracy.**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* właściwie podkreślić

\*\* nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny

\*\*\* dotyczy ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie – okres nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny.

**Uwaga: Specjaliści Poradni nie ponoszą odpowiedzialności medycznej za stan zdrowia dziecka/ucznia.**