

.....  
Pieczęć jednostki wydającej zaświadczenie

.....  
Data sporządzenia zaświadczenia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chorzowie**  
**W CELU WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE NAUCZANIA INDYWIDUALNEGO**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. (Dz. U. 2026, poz. 428)*

**Imię i nazwisko**.....

**Data urodzenia**.....

**1) Określenie rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD (wypełnia czytelnie lekarz specjalista)**

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

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

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

**3) Dotychczasowy przebieg leczenia**

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

**4) Rokowania co do poprawy stanu zdrowia i powrotu do szkoły oraz zalecenia terapeutyczne i konieczne warunki dalszego leczenia**

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

5) **Okres przyznania nauczania indywidualnego**  
(nie może być krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny)

.....  
Ze względu na stan zdrowia (proszę podkreślić jedną z poniższych opcji)

- A. znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły
- B. uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły

.....  
*podpis i pieczęć lekarza specjalisty*

**W PRZYPADKU UCZNIĄ SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE ZAWODOWE** do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania wnioskodawca dołącza zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

.....  
*Pieczętka jednostki wydającej zaświadczenie*

.....  
*Data sporządzenia zaświadczenia*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chorzowie**  
**W CELU WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE NAUCZANIA INDYWIDUALNEGO**

**Imię i nazwisko**.....

**Data urodzenia**.....

1) **W związku z rozpoznaną chorobą / problemem zdrowotnym lekarz medycyny pracy określa możliwość dalszego kształcenia zawodowego, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (wybraną opcję wskazuje lekarz medycyny pracy)**

- Nie stwierdza się przeciwwskazań do dalszego kształcenia zawodowego
- Stwierdza się przeciwwskazania do dalszego kształcenia zawodowego

Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....  
*podpis i pieczęć lekarza medycyny pracy*