

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczy przyznania
orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania:

.....
(imię i nazwisko ucznia)

urodzonegoW

zamieszkałego w
(adres)

ze względu na stan zdrowia: (*właściwe podkreślić*)

- uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły
- znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły

na okres: oddo(*nie krócej niż 30 dni,
a w przypadku szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie nie dłużej niż jeden rok*)

Cześć A.

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, ze stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły (*diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania*):

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

Cześć B.

(*wypełnia się w przypadku ucznia, którego stan zdrowia nie uniemożliwia a znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły*)

Zakres, w jakim uczeń może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych organizowanych:

- z oddziałem w szkole

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

- indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w szkole

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
(miejscowość, data)