



**Powiatowa Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Chojnowie.**

ul. Anny i Juliusza Poźniaków 2, 59-225 Chojnów

NIP: 691-218-26-20, REGON: 001012590

tel.: 76 818 85 64, tel. kom.: +48 512 093 347

email: sekretariat@pppp-chojnow.pl

www.pppp-chojnow.pl

.....  
( miejscowość, data )

.....  
( pieczęć placówki medycznej )

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dla potrzeb zespołu orzekającego**

w Powiatowej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Chojnowie.

*działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. 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:.....

(Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące indywidualnego nauczania, indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego).

**1. Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka / ucznia ( § 6 ust. 4 rozporządzenia, poz. 2 )**

Rozpoznanie choroby i / lub innego problemu zdrowotnego powodujące potrzebę indywidualnego nauczania z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań przez Powiatową Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Chojnowie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).



**Powiatowa Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Chojnowie.**

ul. Anny i Juliusza Poźniaków 2, 59-225 Chojnów

NIP: 691-218-26-20, REGON: 001012590

tel.: 76 818 85 64, tel. kom.: +48 512 093 347

email: sekretariat@pppp-chojnow.pl

www.pppp-chojnow.pl

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania** ( w kwadracie przy właściwym stwierdzeniu postawić znak - X ):

TAK

NIE

**3. Uzasadnienie** ( § 6 ust. 4 poz. 1, 3, 4 ) stwierdzenie, czy zachodzi potrzeba nauczania indywidualnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań przez Powiatową Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Chojnowie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).



## Powiatowa Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Chojnowie.

ul. Anny i Juliusza Poźniaków 2, 59-225 Chojnów

NIP: 691-218-26-20, REGON: 001012590

tel.: 76 818 85 64, tel. kom.: +48 512 093 347

email: sekretariat@pppp-chojnow.pl

www.pppp-chojnow.pl

**4. Określenie stopnia ograniczenia** możliwości uczęszczania do przedszkola / szkoły **wynikające z choroby** i / lub innego problemu zdrowotnego ( w kwadracie przy właściwym stwierdzeniu postawić znak - X ):

stan zdrowia uniemożliwiający uczęszczanie do przedszkola / szkoły,

stan zdrowia utrudniający uczęszczanie do przedszkola / szkoły.

**5. Określenie czasu**, w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola / szkoły - **nie krótszy niż 30 dni** ( § 6 ust. 5 pkt. 1 rozporządzenia )

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Proponowane formy pomocy zdrowotnej, przydatne w procesie edukacyjnym:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
( pieczętka i podpis lekarza )