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.: +48 733 747 735
e-mail: 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.

W celu wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania lub orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

*działającego na podstawie **Rozporządzenia 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 :..... 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 powodującego potrzebę indywidualnego nauczania z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.: +48 733 747 735
e-mail: 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: (należy opisać ograniczenia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do szkoły/przedszkola)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.: +48 733 747 735
e-mail: sekretariat@pppp-chojnow.pl
www.pppp-chojnow.pl

.....

4. **Informacje dodatkowe dotyczące opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień**
(W przypadku objęcia ucznia opieką psychiatryczną lub terapią uzależnień, należy przedłożyć zalecenia dotyczące pracy z uczniem w placówce, o ile zostały one wydane przez lekarza prowadzącego.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Określenie stopnia ograniczenia** możliwości uczęszczania do przedszkola / szkoły **wynikającego 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.

6. **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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.: +48 733 747 735
e-mail: sekretariat@pppp-chojnow.pl
www.pppp-chojnow.pl

Proponowane formy pomocy zdrowotnej, przydatne w procesie edukacyjnym:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dodatkowo - w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe:

Do wniosku o indywidualne nauczanie należy dołączyć zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy dotyczące:

7. Określenie możliwości kontynuowania kształcenia w wybranym zawodzie, w tym warunków realizacji praktycznej nauki zawodu:

   …..……

   ……..……

   ……..……

   ……..……

.....
(pieczątka i podpis lekarza)