

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*Wydane przez lekarza wnioskującego o nauczanie indywidualne powinno zawierać (podstawa prawna Rozporządzenia MEN z 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, Dz.U. Nr 173, poz. 1072).*

### dotyczy przyznania indywidualnego nauczania dla ucznia/uczennicy

....., data urodzenia.....  
(imię i nazwisko ucznia/uczennicy)

adres zamieszkania.....

ze względu na stan zdrowia **uniemożliwiający/znacznie utrudniający\*** uczęszczanie do szkoły

**na okres\*\***.....

\*) właściwie podkreślić    \*\*) nie krótszy niż 30 dni

**Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:**

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

**Stan zdrowia** (objawy choroby, leki, inne czynniki, które ograniczają prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie klasowo-lekcyjnym, np. senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastrojów, agresja, podatność na infekcje itp.):

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

Zakres w jakim dziecko, **któremu stan zdrowia utrudnia** uczęszczanie do szkoły lub przedszkola, może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych, organizowanych z oddziałem w szkole lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w szkole

- .....  
- .....  
- .....  
- .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)