

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

(nr identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy przyznania indywidualnego nauczania dla ucznia:

.....
(imię i nazwisko)

Urodzonego w
(data) (miejsowość)

Zamieszkałego w
(adres)

Ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający / znacznie utrudniający* uczęszczanie do szkoły na okres**

Rozpoznanie: diagnoza, przebieg leczenia, rokowania, objawy choroby – czynniki ograniczające prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie klasowo-lekcyjnym (np. zaburzenia świadomości, koncentracji uwagi, chwiejność nastrojów, agresja, podatność na infekcje itp.):

Zakres, w jakim uczeń może brać udział w zajęciach*** organizowanych:

a) z oddziałem w szkole

b) w odrębnym pomieszczeniu w szkole

.....
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)

....., dnia r.

- * - właściwie podkreślić
- ** - nie krótszy niż 30 dni
- *** - dotyczy uczniów, których stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły