……

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczące:

☐ **INDYWIDUALNEGO OBOWIĄZKOWEGO ROCZNEGO PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO***

☐ **INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA***

Wnioskuję o przyznanie indywidualnego nauczania dla ucznia

……

(imię i nazwisko)

urodzonego …….....

(data i miejsce urodzenia)

zamieszkałego w ……..……..…

(adres zamieszkania)

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

na okres** ……..……

Rozpoznanie choroby wraz oznaczeniem ICD: ….....

Opis przebiegu choroby oraz aktualnego stanu zdrowia ucznia: ….....

….....
….....
.....
….....
….....
.....

Ocena wyniku leczenia i rokowania: ….....

….....
….....
.....
….....
….....
.....

Przeciwwskazania zdrowotne, objawy choroby i czynniki uniemożliwiające/znacznie utrudniające* realizację kształcenia w systemie klasowo-lekcyjnym:

….....
….....
.....
….....
….....
.....

Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu (*wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o nauczanie indywidualne ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie);*

….....
….....
.....
….....
….....
.....

…… ……
miejscowość, data podpis i pieczęć lekarza

---

* Niewłaściwe skreślić
** Nie krótszy niż 30 dni