



.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA UCZNIA
SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE ZAWODOWE**

**na potrzeby Zespołu Orzekającego w celu objęcia
indywidualnym nauczaniem**

na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026, poz.428)

(wydane przez lekarza medycyny pracy)

Imię/ imiona i nazwisko ucznia:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

- 1. Przewidywany okres indywidualnego nauczania, nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny, w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły:**

od dnia: do dnia:

- 2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):**

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

*właściwe podkreślić

3. W przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe należy dookreślić możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

4. Stan zdrowia ucznia*:

- **uniemożliwia uczęszczanie do szkoły;**
- **znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.**

W przypadku gdy znacznie utrudnia:

Czy stan zdrowia pozwala uczniowi uczestniczyć np. w uroczystościach organizowanych w szkole*:

- **TAK**
- **NIE**

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza

*właściwe podkreślić