pieczęć ZOZ

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego o potrzebie nauczania indywidualnego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach

.....

imię nazwisko dziecka

.....

data i miejsce urodzenia

.....

adres zamieszkania

Ze względu na stan zdrowia **uniemożliwiający /znacznie utrudniający*** uczęszczanie do szkoły konieczne jest nauczanie indywidualne

w okresie**.....

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

.....

.....

Uzasadnienie konieczności nauczania indywidualnego:

.....

.....

.....

.....

Zakres, w jakim uczeń któremu stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, może brać udział w działaniach sprzyjających integracji ze środowiskiem szkolnym oraz ułatwiających powrót ucznia do szkoły .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....dnia..... .....

pieczęć i podpis lekarza prowadzącego

*właściwe podkreślić

**nie krótszy niż 30 dni