

pieczęć ZOZ

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
data i miejsce urodzenia dziecka

.....
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 obowiązkowych zajęciach edukacyjnych, organizowanych z oddziałem
w szkole lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w szkole:

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

.....
pieczęć i podpis
lekarza prowadzącego

..... dnia

*właściwe podkreślić

**nie krótszy niż 30 dni