…..…………………………………………

(pieczęć placówki medycznej)

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ostródzie w celu wydania opinii w sprawie

## pierwszeństwa w przyjęciu do szkoły ponadpodstawowej ucznia z problemami zdrowotnymi ograniczającymi możliwości wyboru kierunku kształcenia ze względu na stan zdrowia

*(Podstawa prawna: -§ 134 ust. 3 ustawy Prawo oświatowe w zakresie dotyczącym rekrutacji do pierwszych klas publicznych szkół ponadpodstawowych oraz art. 135 ust. 5 ustawy Prawo oświatowe w zakresie dotyczącym rekrutacji do pierwszych klas publicznych branżowych szkół II stopnia*

*-Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z dnia 13 lutego 2013 r., poz. 199 ze zm.)*

**Dane dziecka/ucznia:**

Imię/imiona i nazwisko ………………………………………………………………………………..

Data urodzenia ………………………………..Miejsce urodzenie……………………………………..

PESEL \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Adres zamieszkania …………..…………………………………………….………………………….

Szkoła …………………………………………………………………………… Klasa …….………...

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

## ICD- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Informacja o ograniczeniach w funkcjonowaniu ucznia wynikające ze stwierdzonej choroby, mające istotne znaczenie dla wyboru szkoły ponadpodstawowej:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Uczeń posiada / nie posiada\* problemy zdrowotne ograniczające możliwości wyboru kierunku kształcenia ze względu na swój stan zdrowia.

Uczeń wymaga / nie wymaga\* pierwszeństwa w przyjęciu do szkoły ponadpodstawowej.

………………………………………… ………………………………………………... miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza medycyny pracy

*\* niepotrzebne skreślić*