

.....
(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 urodzeniaMiejsce 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

.....
pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy

* *niepotrzebne skreślić*