

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu orzekającego

działającego na podstawie:

- rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017r., poz. 1743).

(wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

CZĘŚĆ A (wypełnia się dla dzieci, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie, tj. dotyczące kształcenia specjalnego albo indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego, indywidualnego nauczania, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, lub wczesnego wspomaganie rozwoju).

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego (wraz z oznaczeniem alfanumerycznym ICD):

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

CZĘŚĆ B (wypełnia się tylko dla dzieci ubiegających się o INDYWIDUALNE ROCZNE PRZYGOTOWANIE PRZEDSZKOLNE LUB INDYWIDUALNE NAUCZANIE)

1. Uzasadnienie, tj. wskazanie faktów oraz przyczyn wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

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

CZĘŚĆ C: Określenie czasu (od-do), w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (czas nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż 1 rok szkolny)

.....

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.), dalej zwanego RODO, informuje się, iż Administratorem Państwa danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Bełżycach mająca siedzibę przy ul. Fabrycznej 2b, 24-200 Bełżyce. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych ustalających przyczyny przejawianych przez uczniów trudności dydaktycznych i wychowawczych oraz opracowania orzeczeń i opinii wraz z zaleceniami do dalszej pracy, informacji o wynikach badań i funkcjonowaniu dziecka w zakresie niezbędnym do wykonywania przez Administratora Danych zadań publicznych realizowanych na podstawie uprawnienia lub obowiązku wynikającego z przepisów prawa na podstawie art. 127 ust. 18 ustawy z dnia 14.12.2016r. – Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017r. poz. 59 i 949). Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny dla realizacji celu, dla którego zostały zebrane, przez czas określony kategorią archiwalną danej sprawy, a następnie dla wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów wynikającego z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, a także do czasu przedawnienia roszczeń. Odbiorcami Państwa danych mogą być podmioty, którym dane zostaną przekazane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym (niepodanie danych osobowych przez Osobę do tego zobowiązaną nie pozwala na zrealizowanie ww. zadania publicznego na Jej rzecz). Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania (poprawiania), prawo do ograniczenia przetwarzania danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w rozumieniu RODO. Przetwarzanie Państwa danych osobowych nie będzie wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym do profilowania. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: ldrozdziel@gmail.com.

.....
(miejsce, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)