Pieczęć placówki medycznej ................................  
(data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\***

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie  
orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017, poz. 1743).

Dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego  
przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania.

Imię i nazwisko dziecka /ucznia.........................................................................  
Data i miejsce urodzenia.................................................................................  
Adres zamieszkania.........................................................................................

Ze względu na stan zdrowia (właściwe podkreślić)  
• uniemożliwiający  
• znacznie utrudniający  
uczęszczanie do przedszkola/szkoły  
na okres (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny)  
od dnia ......................... ...................do dnia ................................................

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

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikające z tej choroby lub  
innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają  
uczęszczanie do przedszkola lub szkoły :  
...............................................................................................................  
...............................................................................................................  
...............................................................................................................  
...............................................................................................................  
...............................................................................................................  
........................................  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.