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.