…….
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka lub ucznia
dla potrzeb zespołu orzekającego poradni psychologiczno-pedagogicznej

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 2023 r. poz. 2061)*

do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania /indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego*

Zaświadczam, że:

Imię i nazwisko dziecka/ucznia ……..…….……..……...

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

PESEL: ……..

Miejsce zamieszkania …….……..……..…….……..…..

ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający/znacznie utrudniający* uczęszczanie do przedszkola/oddziału przedszkolnego/szkoły*

wymaga **nauczania indywidualnego/indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego* w okresie** (nie krótszym niż 30 dni, nie dłuższym niż jeden rok szkolny):
od ..... do ..... (wpisać dokładne daty)

ROZPOZNANIE LEKARSKIE:

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

.....

.....

……

……

KOD ICD: ……

2) **wynikające z tej choroby** lub innego problemu zdrowotnego **ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**, **które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły**

.....

.....

……

……

……

…… .....

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić