…… ……
Pieczątka placówki medycznej miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka lub ucznia

Podstawa prawna: §6 ust.5 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 2017r, poz. 1743).

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

…….. PESEL | | | | | | | | | | |
(imię i nazwisko dziecka lub ucznia)

Zamieszkała(-y) w
……
(adres)

Wymaga indywidualnego nauczania lub indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego

w okresie: ……
(przewidywany okres – nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego (wymagane jest oznaczenie alfanumeryczne zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD):

……

……

……

……

Stan zdrowia dziecka/ ucznia *(należy podkreślić jedną z dwóch wymienionych niżej możliwości):*

1. **uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.**
2. **znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.**

Opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (opis jest konieczną częścią zaświadczenia).

……

……

……

……

……

……

……
Pieczęć i podpis lekarza