

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/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 2017 r., poz. 1743)

(dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego przygotowania przedszkolnego
lub indywidualnego nauczania)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

1. **Przewidywany okres** (nie krótszy niż 30 dni)

.....
w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia

- **uniemożliwia**
- **znacznie utrudnia**

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (właściwe podkreślić) - § 6 ust. 5 pkt 1
rozporządzenia.

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

- Choroba/problem zdrowotny – klasyfikacja ICD:

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

- Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają
lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły wynikające
z wyżej wymienionych choroby lub innego problemu zdrowotnego - § 6 ust. 5
pkt 2 rozporządzenia:

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

* Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji
medycznej leczenia specjalistycznego (§ 6 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia).

** Wypełnić pismem drukowanym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)