……………………………………….. ………………………………………..

pieczątka placówki służby zdrowia data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*(wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)*

**dotyczy wniosku o indywidualne nauczanie / indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne** (dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno — Pedagogicznej)

*Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U poz. 1743)*

Imię i nazwisko dziecka ………………………………………………………………………...

Data urodzenia ………………………………miejsce urodzenia………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………..

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?)………………………………………..

od ………………………………………………..........................................................................

Na okres *(nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż1 rok)*………………………………………………....

ze względu na stan zdrowia dziecka/ucznia: **uniemożliwiający** lub **znacznie utrudniający** uczęszczanie do przedszkola/szkoły *(właściwe podkreślić):*

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

|  |
| --- |
|  |

ICD -

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Ograniczenia wynikające z w/w choroby lub problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..

……………………………

podpis i pieczątka lekarza