

.....
(pieczęć Służby Zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wydania

**orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania
przedszkolnego lub indywidualnego nauczania dla dzieci i młodzieży¹:**

.....
(imię i nazwisko dziecka lub ucznia)

urodzonegoW

zamieszkałego w
(adres)

ze względu na stan zdrowia: *(właściwe podkreślić)*

- uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły
- znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły

na okres: od ___ ___ ___ do ___ ___ ___ (nie krócej niż 30 dni, nie dłużej niż jeden rok szkolny)
d d m m r r r r d d m m r r r r

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

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

Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka
lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

¹ Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r. poz.1743)