

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **o stanie zdrowia dziecka/ucznia**

zgodnie z Rozporządzeniem 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)

Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydawane jest przez **lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego** (w załączeniu).

Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami.

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

.....
(data urodzenia dziecka/ucznia)

.....
(miejsce zamieszkania dziecka/ucznia)

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

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

Określenie **czy zachodzi potrzeba** realizacji wybranych zajęć indywidualnie z dzieckiem lub w grupie liczącej do 5 dzieci **wraz z uzasadnieniem**.

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)