

.....
(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)

Przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia **uniemożliwia lub znacznie utrudnia** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź) uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....
.....

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:

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

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego **ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły lub szkoły (uzasadnienie potrzeby indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego albo potrzeby indywidualnego nauczania):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu **w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe**:

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)