

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego o potrzebie indywidualnego nauczania

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym ICD

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

Ograniczenia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do placówki

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

2. Stan zdrowia dziecka: **uniemożliwia / znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (*proszę zakreślić właściwą odpowiedź*).
3. **Okres**, w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (**nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż rok szkolny**).

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)