
pieczęć placówki

miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku,
działającego na podstawie Rozporządzenia 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.2017.1743)

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

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....
(przedszkole/szkoła, klasa)

.....
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....
(adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów)

Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 5 rozp.)

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

ICD-.....

Określenie **czasu**, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia **uniemożliwia lub znacznie utrudnia**¹⁾
uczęszczanie do przedszkola/szkoły (nie mniej niż 30 dni i nie dłużej niż jeden rok szkolny):

.....
.....

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ ZAŚWIADCZENIA

¹⁾ Podkreślić właściwe.

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inne istotne dla organizacji rocznego indywidualnego przygotowania przedszkolnego / nauczania indywidualnego informacje.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)