



.....
(pieczęć placówki medycznej)

....., dnia:.....
(miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ
W BRZESKU**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/UCZNIA.....

PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

CZĘŚĆ I – wypełnia się w celu uzyskania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania lub indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego. Wypełnia lekarz specjalista.

1.) ICD

(oznaczenie alfanumeryczne zgodne z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją chorób i Problemów Zdrowotnych)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego (pełna nazwa choroby):

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

2.) Stwierdzam, że stan zdrowia dziecka/ucznia (podkreślić właściwe) :

- **uniemożliwia**

- **znacznie utrudnia**

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły i wymaga indywidualnego nauczania w miejscu pobytu dziecka

3.) Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają mu uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

4.) Przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)