

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie
Nr identyfikacyjny, REGON

Z A Ś W I A D C Z E N I E **o stanie zdrowia dziecka/ucznia**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Miejscu Piastowym

dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie:*

- ☐ **indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**
☐ **indywidualnego nauczania**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

ze względu na **stan zdrowia:*** ☐ **uniemożliwiający**
☐ **znacznie utrudniający**

uczęszczanie do przedszkola/szkoły

na okres**

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

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

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

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty
lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie
dokumentacji medycznej lekarza specjalisty

* właściwe zaznaczyć

** nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny