

.....
Pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O stanie zdrowia dziecka/ucznia*

dla potrzeb zespołu orzekającego w PPP w Policach ubiegającego się o:
**indywidualne nauczanie/ indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie
przedszkolne***

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie
orzeczeń wydawanych przez publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne (Dz.U poz.1743)

Imię i nazwisko..... ur.

Miejsce zamieszkania.....

1. **Termin** (nie krótszy niż 30 dni), w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia
*uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły
.....
.....
.....
2. **Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego** (wraz z oznaczeniem
alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją
Chorób i Problemów Zdrowotnych- ICD)
.....
.....
3. Wynikające z **choroby ograniczenia w funkcjonowaniu** dziecka lub ucznia, które
uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....dn.

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* odpowiednie podkreślić