Podstawa prawna: Rozporządzenie 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. z 2023 r. poz. 2061).

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

 (pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA 1)**

 **(załącznik do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania/ orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Policach)\***

Imię i nazwisko dziecka...............................................................................................ur............................................

Miejsce zamieszkania..................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Przewidywany okres (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny), w którym stan zdrowia dziecka/ucznia **uniemożliwia** lub **znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły \*

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

\* niepotrzebne skreślić

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

 (Miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)

1) Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego