

.....  
*pieczęć placówki medycznej*

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego publicznej poradni psychologiczno – pedagogicznej, przeprowadzającego postępowanie orzekające w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania**

Imię i nazwisko dziecka .....

data urodzenia..... NR PESEL .....

### **Rozpoznanie:**

*rozpoznanie choroby (wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD), lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły:*

**Stan zdrowia dziecka uniemożliwia / znacznie utrudnia <sup>1)</sup> uczęszczanie do przedszkola lub szkoły w okresie ( proszę podać okres, nie krótszy niż 30 dni):**

.....

---

*1)proszę podkreślić właściwe*

Informacja o ograniczeniach w funkcjonowaniu dziecka wynikających z przebiegu choroby lub procesu terapeutycznego:

Opis przebiegu choroby oraz dalsze rokowania:

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym opis warunków realizacji praktycznej nauki zawodu <sup>2)</sup>

.....  
( miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

---

2) wypełnia lekarz medycyny pracy w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe