…………….…………………………….………

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 5 w Łodzi w związku z indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym lub**

**indywidualnym nauczaniem**

Podstawa prawna: § 6 ust. 5 rozporządzenia 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 2017 r., poz. 1743)

**Imię i nazwisko** **dziecka/ucznia**

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

**data ur**. .................................................**w** ……............................

***Prosimy o czytelne pismo***

**Oznaczenie alfanumeryczne** zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) : …………………………………………………………………………………………………………

**Rozpoznanie** choroby lub innej przyczyny zdrowotnej powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły

 ……....……………………………………………………………………………………………...……………………………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………

……....…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………..

**Ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, wynikające z choroby lub innej przyczyny zdrowotnej która uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły:

……....…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………..

……....…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………..…………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………..……………………………………………………

**Przewidywany okres, w tym dokładna data zakończenia** indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/indywidualnego nauczania – nie krótszy niż 30 dni

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

|  |  |
| --- | --- |
|  Stan zdrowia dziecka/ucznia (właściwe podkreślić)**znacznie utrudnia**uczęszczanie do szkoły/przedszkola   …………………………………………….. miejscowość, data  |     **uniemożliwia**uczęszczanie do szkoły/przedszkola……………………………………………………. pieczątka i podpis lekarza  |