

.....
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

uniemożliwia
uczęszczanie do szkoły/przedszkola

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza