

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
dla potrzeb zespołu orzekającego**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. 2017, poz. 1743).

**wydawane w związku z: (\* niepotrzebne skreślić )**

- **potrzebą indywidualnego nauczania\***
- **potrzebą indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego\***

dziecka/ucznia .....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

urodzonego .....

PESEL .....

zamieszkałego .....

**z uwagi na stan zdrowia (\* niepotrzebne skreślić )**

- uniemożliwiający uczęszczanie szkoły\*
- znacznie utrudniający uczęszczanie szkoły\*

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

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

2. Oznaczenie alfanumeryczne choroby, zgodne z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD:

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

3. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z rozpoznania medycznego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

4. Okres (nie krótszy niż 30 dni), w którym stan zdrowia uniemożliwia\*/ znacznie utrudnia\* uczęszczanie do szkoły (\* niepotrzebne skreślić )

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

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/