

.....  
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....  
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI**  
w celu wydania orzeczenia o potrzebie  
**indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**  
**lub indywidualnego nauczania przez Zespół Orzekający PP-P w Brzozowie**

*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 2017, poz. 1743)*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Data urodzenia i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

**Przewidywany okres:**

*(nie krótszy niż 30 dni)*

od   -   -    do   -   -

(dzień, miesiąc, rok)

(dzień, miesiąc, rok)

**W którym stan zdrowia dziecka/ucznia: (właściwe podkreślić)**

- uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły
  
- znaczenie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

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

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

**2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z tej choroby** lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

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

**UWAGA!** W przypadku ubiegania się o orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania dla **ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe** należy dołączyć **zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy** określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)