

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub  
lekarza praktykującego indywidualnie)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
dotyczy przyznania

**orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania lub indywidualnego  
obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego<sup>1</sup>**

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

urodzonego..... w .....

zamieszkałego w .....

(adres)

ze względu na stan zdrowia: (właściwe podkreślić)

- uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły
- znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły

na okres: od..... do..... (nie krócej niż 30 dni)

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny– wraz z oznaczeniem alfanumerycznym (ICD) - oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania):

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

---

<sup>1</sup> Odpowiednie podkreślić

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)