

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka lub ucznia

dotyczy przyznania **orzeczenia o potrzebie**

☐ **indywidualnego nauczania**

☐ **indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego¹**

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

urodzonego..... w

zamieszkałego w
(adres)

ze względu na stan zdrowia: (właściwe podkreślić)

- uniemożliwiający uczęszczanie do przedszkola / szkoły
- znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola / szkoły

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

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego – wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (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):

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

¹ Odpowiednie zaznaczyć

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty,
lekarza w trakcie specjalizacji²
lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej³)

² Lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

³ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego