.....
(pieczęć placówki medycznej)

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

## o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

na podstawie § 6 ust. 5 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. z 2017r., poz. 1743)

imię i nazwisko ..... ur. .....

miejsce zamieszkania .....

**1. Stwierdzenie, czy dziecko/uczeń wymaga indywidualnego nauczania/indywidualnego rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego***

TAK* NIE*

**2. Przewidywany okres (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny), w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (§ 6 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia):**

.....

**3. Stwierdzenie, że stan zdrowia dziecka/ucznia*:**

**a.** uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

**b.** znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

**4. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§ 6 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia):**

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

**5. Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (§ 6 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia):**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
……
……
……
……

..... .....
/miejscowość, data/ /pieczątka i podpis lekarza/

*właściwe podkreślić