

.....
pieczęć placówki

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 20 w Warszawie działającego na podstawie Rozporządzenia 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. 2017.1743)

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

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....
(przedszkole/szkoła/placówka, klasa/oddział)

.....
(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

.....
(adres zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych)

Zaświadczenie o stanie zdrowie (§ 6 ust. 4. Rozporządzenia)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

ICD-

--

.....
.....
.....
Określenie **czasu**, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły/placówki (nie mniej niż 30 dni i nie dłużej niż jeden rok szkolny):
.....
.....
.....

Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, w tym, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły/placówki.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inne istotne dla organizacji rocznego indywidualnego przygotowania przedszkolnego/ nauczania indywidualnego/kształcenia specjalnego informacje.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)