………………………................. ……………………….................
 pieczęć placówki miejscowość, 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.

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

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

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………..
 (pieczątka i podpis lekarza)