

pieczęć placówki

miejsowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3 w Gdańsku 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, klasa)

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

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

### **Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 5 rozp.)**

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)) wskazujące na konieczność realizowania obowiązku szkolnego w formie nauczania indywidualnego:

**ICD-**.....  
.....  
.....  
.....

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

- uniemożliwia w okresie (min. 30 dni): .....

**lub**

- utrudnia w okresie (min. 30 dni): .....

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ ZAŚWIADCZENIA

=====

Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które

- uniemożliwiają uczęszczanie do przedszkola/szkoły\* .....

.....

.....

lub

- znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły\* .....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\*odpowiednie podkreślić

.....

(pieczętka i podpis lekarza)