

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka przychodni/  
gabinetu lekarskiego)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie: **(właściwe podkreślić)**

- nauczania indywidualnego
- indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego

imię i nazwisko dziecka:

.....

data, miejsce urodzenia i nr PESEL:

.....

adres zamieszkania dziecka:

.....

Przewidywany okres, **nie krótszy jednak niż 30 dni**, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia **(właściwe podkreślić)**

- uniemożliwia do dnia .....
- znacznie utrudnia do dnia .....

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

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

.....

.....

**Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)