…………………………………………………………

 (miejscowość, data)

……………………………………..

 (pieczątka 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)