

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego do spraw indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego albo indywidualnego nauczania**

powołanego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Makowie Mazowieckim, 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. z 2017 r. poz. 1743).

Imię i nazwisko dziecka lub ucznia .....

PESEL.....

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania.....

**1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. Przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia: (właściwe podkreślić)**

**a) uniemożliwia**

**b) znacznie utrudnia**

**uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:**

.....  
.....  
.....

**3. Określenie możliwych działań integrujących dziecko/ucznia ze środowiskiem szkolnym i edukacyjnych ułatwiających powrót ucznia do szkoły:**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)