

## **Zaświadczenie lekarza specjalista lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.**

Dla postępowania orzekającego o potrzebie **indywidualnego rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania**. Podstawa prawna: § 6 ust. 5 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017 poz. 1743ze zm.)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko

PESEL

**I. Dziecko/uczeń wymaga** indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający lub znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola/szkoły, w okresie **nie krótszym niż 30 dni** (§ 6, ust. 5, punkt 1), tj.:

**od dnia** ..... **do dnia** .....

**II. Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania głównego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

**III. Stan zdrowia dziecka/ucznia:**

- uniemożliwia**
- znacznie utrudnia** dziecku/uczniowi uczęszczanie do przedszkola/szkoły

**IV. Opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które powodują, że stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (opis jest konieczną częścią zaświadczenia):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)