

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**W CELU WYDANIA ORZECZENIA**  
**O POTRZEBIE NAUCZANIA INDYWIDUALNEGO**

o stanie zdrowia dziecka/ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Imię i nazwisko dziecka lub ucznia.....

PESEL.....

Data i miejsce urodzenia .....

1. przewidywany okres, **nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny**, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia:
- a) uniemożliwia\*,
  - b) znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły\*.

.....  
\*(podkreślić właściwe)

**(prosimy o wpisanie przewidywanego okresu niezdolności do nauki w przedszkolu/szkole ogólnodostępnej)**.....

2. rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

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

3. wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza)

*Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 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)*