



.....
pieczętka zakładu
lub prywatnej praktyki
lekarskiej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Publicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 1 w Grudziądzu

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.2017.1743)

Dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie (właściwe podkreślić):

**indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania
przedszkolnego; indywidualnego nauczania**

Dla dziecka/ucznia:

.....ur.....w.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

PESEL:

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

Zamieszkały/a
(adres)

ze względu na stan zdrowia **uniemożliwiający/znacznie utrudniający (właściwe podkreślić)** uczęszczanie do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej lub szkoły.

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (§ 6 ust. 5 pkt 2):

ICD

--

.....
Określenie okresu, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny):
.....

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

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

Zalecane działania sprzyjające integracji dziecka/ucznia ze środowiskiem przedszkolnym lub szkolnym oraz ułatwiające powrót ucznia do szkoły lub przedszkola:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

** wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego*