

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Płońsku
w zakresie organizacji nauczania indywidualnego

Imię i nazwisko ucznia:

Data i miejsce urodzenia :

PESEL

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

Miejsce zamieszkania :

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD:

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

2. Wynikające z rozpoznania medycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

3. Określenie, czy stan zdrowia dziecka/ucznia: *(właściwe podkreślić)*

UNIEMOŻLIWIA uczęszczanie do przedszkola/szkoły

ZNACZNIE UTRUDNIA uczęszczanie do przedszkola/szkoły

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

.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)