

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Płońsku

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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.2017poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____

Numer PESEL: _____

1. **Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

2. **Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego 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):

od _____ do _____

(miejsowość, data)

(pieczęć i podpis lekarza)