……………………………………. ………………………………

( pieczęć placówki medycznej) (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE**

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

*Podstawa prawna:* ***§*** *6 ust. 5 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. z 2017 r. poz. 1743)*

**niezbędne do wydania orzeczenia o potrzebi**e:

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

*(proszę podkreślić właściwe)*

Imię i nazwisko dziecka lub ucznia …………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia………………………………………………………………………..

Numer PESEL………………………………………………………………….........................

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………

**Z uwagi na:** (prosimy właściwe zaznaczyć)

* **stan zdrowia uniemożliwiający uczęszczanie do przedszkola, szkoły**
* **stan zdrowia znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola, szkoły**

na okres (nie krótszy niż 30 dni)………………………………………………………………

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

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 …………………….............

 (pieczątka i podpis lekarza)