

.....  
(pieczęć placówki medycznej )

.....  
(miejsowość, data)



**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koźienicach**  
**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 )