……………………….

 Pieczęć placówki medycznej

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

 **dla potrzeb zespołu orzekającego** działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r w sprawie orzeczeń wydawanych przez publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne (Dz.U z 14 września 2017, poz.1743)

imię i nazwisko……………………………………………….. ur. ……………………………

miejsce zamieszkania………………………………………………………………………….

Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie w poradniach psychologiczno-pedagogicznych w sprawie orzeczenia o potrzebie:

* indywidualnego obowiązkowe rocznego przygotowania przedszkolnego
* indywidualnego nauczania

OKREŚLENIE:

1. **Przewidywany okres**, nie krótszy niż 30 dni, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły/

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

………………………………………………………………………………………….

1. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia , które uniemożliwia lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego

…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………..….………………………………………………………….....................................................................

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

……………………………. …………………………………….

(miejscowość, data) pieczątka i podpis lekarza