……………………………………. ………………………………

(pieczęć placówki medycznej) (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE**

**o stanie zdrowia 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 potrzebie:**

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

(prosimy podkreślić właściwą formę)

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 utrudnia uczęszczanie do przedszkola, szkoły**

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

1. **Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD 10 lub innego problemu zdrowotnego i wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia do przedszkola lub szkoły**

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

…………………….............

(pieczątka i podpis lekarza)