……………………………………. ………………………………

(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 zaznaczyć 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 utrudniający** uczęszczanie do przedszkola, szkoły

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

1. **Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD 10 lub innego problemu zdrowotnego.**

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

2. **Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia w przedszkolu lub szkole**

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

 …………………….............

 (pieczątka i podpis lekarza)