

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Podstawa prawna: §6 pkt 5 Rozporządzenia MEN 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 poz.1743.)

.....
(imię i nazwisko dziecka / ucznia)

urodzony.....PESEL:.....

zamieszkały w.....
(adres)

Ze względu na stan zdrowia **uniemożliwiający / znacznie utrudniający** (właściwe podkreślić) uczęszczanie do szkoły, lekarz stwierdza:

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.

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

3. **Przewidywany okres** (nie krótszy jednak niż 30 dni, nie dłuższy niż rok szkolny), w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły;

.....
pieczęć i podpis lekarza*

....., dnia.....

* lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki medycznej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego