

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**  
 działającego na podstawie 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, poz. 1743)

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia: .....

Miejsce zamieszkania .....

**1. Stwierdzenie czy uczeń wymaga:**

- ☐ indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego,
- ☐ indywidualnego nauczania.

*(proszę zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź).*

**2. przewidywany okres, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły § 6 ust. 5 pkt 1 – Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743);**

**3. a) rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD),**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**b) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły § 6 ust. 5 pkt 2 – Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743);.**

- ☐ **uniemożliwiają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły,**  
☐ **znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.**

*(proszę zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź).*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
/Miejscowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/