

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** **O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI**

**wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Milówce**

**Podstawa prawna:** Rozporządzenie 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)

Wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia**.....

**Data urodzenia**..... **miejsce urodzenia**.....

**Miejsce zamieszkania**.....

**Przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż 1 rok szkolny, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły:**

od ..... do.....

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego powodujące, że stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia/znacznie utrudnia\*** uczęszczanie do szkoły/przedszkola:

<b>Rozpoznanie</b>	<b>Oznaczenie alfanumeryczne wg ICD</b>

**Opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikający z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły:**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis lekarza)

\*właściwe podkreślić