

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego PPP-P w Piszu

*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 r. poz. 1743)*

Imię i nazwisko **ur.**.....

Miejsce zamieszkania

1). Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które

znacznie utrudniają lub uniemożliwiają
(p r o s z ę p o d k r e ś l i ć w ł a ś c i w e)

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (§ 6 ust. 5, punkt 2 Rozporządzenia):

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

2). Przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (§6 ust 5, punkt 1 Rozporządzenia):

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza