

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Ostrowi Mazowieckiej)

o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Imię i nazwisko dziecka lub ucznia

PESEL

Data i miejsce urodzenia

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

**(podkreślić właściwe)*

(prosimy o wpisanie przewidywanego okresu niezdolności do nauki w przedszkolu/ szkole ogólnodostępnej) →

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

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

- 3) wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

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

.....

.....
data

.....
podpis lekarza