………………………………………… ………………………….....................

(pieczęć placówki medycznej) (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia**

**(indywidualne nauczanie)**

dla potrzeb **Zespołu Orzekającego** w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bartoszycach

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej   
z dnia 7 września 2017 r. (Dz. U. 2017.1743) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

………………………………………………………..........................................................................................................................

(Imię i nazwisko dziecka/ucznia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

…................…………………………………………………………

(data urodzenia: dzień-miesiąc-rok) (miejsce urodzenia)

Adres zamieszkania ……………..……………………………………………………………………………………………………………………….

(ulica, numer domu, numer mieszkania)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |

………………………………………………………………………………………………………………………..

(kod pocztowy) (miejscowość)

1. Aktualny stan zdrowia dziecka/ucznia (właściwe zaznaczyć)

* uniemożliwia
* znacznie utrudnia

uczęszczanie do szkoły, przedszkola w okresie od ……………………………….. do ……………………..............

(nie krótszy niż 30 dni)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **ICD** |  |

……………………………….

(pieczęć i podpis lekarza)