



.....
/pieczęć placówki medycznej/

.....
/miejsowość, data/

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNIĄ

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

dla potrzeb **Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chełmnie**, 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 2017r. poz. 1743).

UBIEGAJĄCEGO SIĘ O WYDANIE ORZECZENIA O POTRZEBIE

(właściwe podkreślić):

- indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego *
- indywidualnego nauczania *

Imię i nazwisko dziecka lub ucznia

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania dziecka lub ucznia

.....

Okres, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia **uniemożliwia lub znacznie utrudnia** *
(właściwe podkreślić) uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny):

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

* właściwe podkreślić

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

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

Wynikające z w/w choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które **uniemożliwiają lub znacznie utrudniają*** (właściwie podkreślić) uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

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

.....

/pieczętka i podpis lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który wydaje zaświadczenie na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego/

* właściwie podkreślić