

(pieczęć placówki medycznej)

(w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji
wymagane jest pieczęć placówki publicznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA,
KTÓRY UNIEMOŻLIWIA LUB ZNACZNIE UTRUDNIA
UCZĘSZCZANIE DO PRZEDSZKOLA LUB SZKOŁY**

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Siedlcach
wydaje lekarz specjalista / lekarz w trakcie specjalizacji /
lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

I. Dane osobowe dziecka

Imię Nazwisko ur.

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Przedszkole/Szkoła..... klasa.....

II. Diagnoza medyczna:

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

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

III. Przewidywany okres (nie krótszy niż 30 dni/ nie dłuższy niż 1 rok),

w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły
.....
.....
.....

IV. Stan zdrowia dziecka:

UNIEMOŻLIWIA

czy

ZNACZNIE UTRUDNIA

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (właściwe podkreślić).

V. Inne uwagi lekarza

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

Miejscowość, data oraz pieczęć i podpis lekarza: