Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny, REGON

**ZAŚWIADCZENIE**

**o stanie zdrowia ucznia**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Krośnie

**dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie:\***

**indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**

**indywidualnego nauczania**

Imię i nazwisko ucznia … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ...

Data i miejsce urodzenia … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

Adres zamieszkania … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

ze względu na **stan zdrowia uniemożliwiający / znacznie utrudniający\*** uczęszczanie do:

przedszkola

szkoły

**na okres /**nie krótszy, niż 30 dni/… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

**Rozpoznanie choroby** **lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym** /zgodnym z aktualną obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD/:

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

**Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły:**

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

***W przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe – wnioskodawca dołącza zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy, dające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.***

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

*Miejscowość, data Pieczęć i podpis lekarza prowadzącego badanie*

*lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego*

**\*** właściwe podkreślić