

.....  
Data .....

.....  
pieczętka placówki służby zdrowia

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

### **dotyczy wniosku o indywidualne nauczanie/ indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne**

*(dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Bydgoszczy)*

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017, poz. 1743)

**Imię i nazwisko** ..... **PESEL** .....

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej) .....  
od dnia .....

**1) Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem zgodnym z ICD**

.....  
.....

**2) wynikające z problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**

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

**3) powodujące, że stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia\***  
uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

**\* właściwe należy podkreślić!**

**Przewidywany okres** (nie krótszy niż 30 dni), w którym **stan zdrowia uniemożliwia /znacznie utrudnia\***  
uczęszczanie do przedszkola lub szkoły .....  
(proszę podać czas trwania nauczania)

.....  
podpis i pieczętka lekarza

.....  
\* właściwe podkreślić