…….
(pieczęć lekarza specjalisty lub zakładu podstawowej opieki zdrowotnej )

# ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNIA WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ LUB LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PODSTAWIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Tomyślu dotyczące indywidulanego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania

***na podstawie §6 ust.5 pkt 1-2 rozporządzenia MEN z dnia 14 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017r. poz. 1743).***

| | | |
|---|---|---|
| I | **DANE DZIECKA LUB UCZNIA** | |
| | **Imię i nazwisko** | |
| | **Data i miejsce urodzenia** | |
| | **Adres zamieszkania** | |
| II | **OKREŚLENIE STANU ZDROWIA** | |
| | **Określenie czy stan zdrowia uniemożliwia czy znacznie utrudnia dziecku/uczniowi uczęszczanie do przedszkola/szkoły** | stan znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola/szkoły*<br><br>stan uniemożliwiający uczęszczanie do przedszkola/szkoły* |
| | | *niewłaściwe skreślić |
| III | **OKRES INDYWIDUALNEGO OBOWIĄZKOWEGO PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO LUB INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA** | |
| | **Przewidywany okres (nie krótszy niż 30 dni), w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły** | ……..<br>……..<br>……..<br>…….. |
| IV | **ROZPOZNANIE CHOROBY** | |
| | **Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego** | ……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>…….. |

| | | |
|---|---|---|
| | | ………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>…………………………………………………………………………. |
| V | **OZNACZENIE ALFANUMERYCZNE** | |
| | **Oznaczenie alfanumeryczne choroby lub innego problemu zdrowotnego, zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)** | ………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>…………………………………………………………………………. |
| VI | **OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU DZIECKA LUB UCZNIA** | |
| | **Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z rozpoznanej choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.** | ………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>………………………………………………………………………….<br>…………………………………………………………………………. |

……………………………………..

Pieczęć i podpis lekarza