

.....
(miejscowość i data)

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

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

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

**na podstawie §6 ust. 5 pkt 1-2 rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii
wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-
pedagogicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 2061)**

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 szkoły	stan znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola/szkoły*
		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	
IV	ROZPOZNANIE CHOROBY	
	Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego	

[illegible]

Pieczęć i podpis lekarza