

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNI**

w celu przyznania

indywidualnego nauczania

indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ustrzykach Dolnych działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 428) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych z uwagi na stan zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203).

wypełnia lekarz specjalista, lekarz w trakcie specjalizacji* lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia:

Data i miejsce urodzenia dziecka/ ucznia:

Miejsce zamieszkania dziecka/ ucznia:

1) Ze względu na stan zdrowia (*właściwe podkreślić*):

- uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły/ przedszkola
- znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły/ przedszkola

2) **Na okres: od** **do**
(nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż 1 rok szkolny)

3) Choroba lub problem zdrowotny wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**):

KOD ICD 10 **lub/ i KOD ICD 11**

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

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

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

(miejscowość, data)

(pieczęć i podpis lekarza)

* lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust.6 pkt.1c i 13 rozporządzenie)