



**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Opiniującego działającego w Niepublicznej Poradni Psychologiczno –Pedagogicznej Przystań Terapeutyczna**

Podstawa prawna: 1. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z dnia 14 września 2017 r., poz. 1743).

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Miejsce zamieszkania: .....

Pesel:.....

**1. Zaświadczenie o stanie zdrowia** (§ 6 ust. 4 i 5 pkt.2 rozporządzenia) (wypełnia lekarz specjalista lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

a) rozpoznanie choroby lub innego problemu chorobowego (wraz z oznaczeniem ICD):

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

b) opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

c) stan zdrowia dziecka uniemożliwia/znacznie utrudnia (właściwe podkreślić) uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

**2. Określenie czasu (nie mniej niż 30 dni i nie dłużej niż jeden rok szkolny), w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły** (§ 14, ust.3; §15, ust. 3 rozporządzenia).

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)