

Pieczałka i Nr Identyfikacyjny REGON

....., data.....
Miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy: indywidualnego nauczania/ indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego*

Zaświadczam, że:

.....

Nazwisko i imię dziecka/ ucznia/uczennicy

ur.

Data i miejsce urodzenia

z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający / znacznie utrudniający * uczęszczanie do przedszkola/oddziału przedszkolnego/ szkoły
w okresie (przewidywany okres nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż jeden rok szkolny)

od do **powinien korzystać**

z nauczania indywidualnego.

ROZPOZNANIE LEKARSKIE:

(rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego **wraz z oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) **oraz wynikające z tej choroby** lub innego problemu zdrowotnego **ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły)**

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

.....
Pieczałka i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić