

Pieczątką i Nr Identyfikacyjny REGON

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy: indywidualnego nauczania/ indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego*

Zaświadczam, że:

.....
Nazwisko i imię dziecka/ ucznia/uczennicy

ur.
Data i miejsce urodzenia

Stan zdrowia uniemożliwia / znacznie utrudnia* uczęszczanie do przedszkola/oddziału przedszkolnego/ szkoły*

Uczeń (dziecko) wymaga nauczania indywidualnego w okresie (nie krótszym niż 30 dni, nie dłuższym niż jeden rok szkolny):

- do(wpisać dokładną datę)
lub
- do końca zajęć edukacyjnych w roku szkolnym.....
lub
- do końca zajęć edukacyjnych w I półroczu roku szkolnego.....

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**)

KOD ICD:

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

.....
Pieczątką i podpis lekarza

.....
*niepotrzebne skreślić