

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia

dla potrzeb Zespołu Orzekającego
działającego w Poradni Psychologiczno Pedagogicznej w Hrubieszowie

Prosimy o wypełnienie pismem drukowanym. Dziękujemy.

Imię (imiona) i nazwisko.....

data i miejsce urodzenia.....

Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Określenie stanu zdrowia ucznia:

.....
który, uniemożliwia ☐ znacznie utrudnia ☐ uczęszczanie do przedszkola, szkoły.

2. Przewidywany okres*:Od do

2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

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

3. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego:**

.....
.....

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczęć i podpis lekarza/

*w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, nie krótszy jednak niż 30 dni

** powodujące, uniemożliwienie lub znaczne utrudnienie w uczęszczaniu dziecka lub ucznia do przedszkola, szkoły