

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
o stanie zdrowia ucznia
wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego PPP-P w Pisz

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743)

Imię i nazwisko **ur.**

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego (wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) **oraz**
wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia
w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które

uniemożliwiają

znacznie utrudniają

(proszę podkreślić właściwe)

uczęszczanie do szkoły (§ 6 ust. 5 punkt 2 Rozporządzenia):

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

2. Przewidywany okres (nie krócej niż 30 dni), **w którym stan zdrowia ucznia**
uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły
(§ 6 ust. 5 punkt 1 Rozporządzenia):

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)