………………………………. ………………………

Pieczęć placówki medycznej miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych   
( Dziennik Ustaw z 15września 2017 poz.1743)

**dotyczące indywidualnego przygotowania przedszkolnego/ indywidualnego**

**nauczania\* dziecka/ uczennicy/ ucznia\***

Imię i nazwisko:……………………………………., data urodzenia:…………………………

Adres:…………………………………………………………………………………………....

**Rozpoznanie choroby, innego problemu zdrowotnego**(wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych /ICD)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Stan zdrowia uniemożliwia\*/ znacznie utrudnia\* uczęszczanie do przedszkola\*/szkoły\* na okres\*\*…………………………………………..

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………….., dnia……………… …………………. podpis i pieczęć lekarza

\* niepotrzebne skreślić

\*\* nie krótszy niż 30 dni

**UWAGA:**

Wypełnia się w przypadku realizacji praktyk zawodowych w szkole

Lekarz medycyny pracy określa możliwości dalszego kształcenia w zawodzie w tym realizacji praktycznej nauki zawodu.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………….., dnia……………… …………………..

podpis i pieczęć lekarza