

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego przy Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Czechowicach-Dziedzicach w celu objęcia dziecka/ucznia:

- **indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym**
- **indywidualnym nauczaniem \***)

**Podstawa prawna:**

- *Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2023r. poz. 900)*
- *Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2023r. poz. 2061)).*

Na podstawie prawidłowo wypełnionego zaświadczenia lekarskiego Zespół Orzekający działający przy Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Czechowicach-Dziedzicach może wydać – na wniosek rodziców/prawnych opiekunów lub pełnoletniego ucznia – orzeczenie o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania dla dzieci i młodzieży.

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia** .....

**Data urodzenia.....miejsce urodzenia.....**

**Nr PESEL** .....

**Miejsce zamieszkania.....**

**1. Stan zdrowia dziecka uniemożliwia/znacznie utrudnia\* uczęszczanie do przedszkola/szkoły \***

**w okresie:** *(nie krótszym niż 30 dni i nie dłuższym niż jeden rok szkolny)*

.....

**2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego** wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z **aktualnie obowiązującym ICD**, powodującego, że stan zdrowia dziecka/ucznia\* **uniemożliwia lub znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły \*:

.....

.....

**3. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia\*)** wynikające z przebiegu choroby, które **uniemożliwiają lub znacznie utrudniają** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....

.....

.....

---

\* Niepotrzebne skreślić.

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

**4. Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny, w tym rehabilitacyjny:**

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

....., dnia .....

.....  
*(pieczęć i podpis lekarza)*