

.....
(Pieczęć placówki medycznej)

Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Mrągowie działającego na podstawie
Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń
i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach
psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 14.września.2017r. poz. 1743)

Imiona i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

Numer PESEL dziecka

Adres zamieszkania dziecka

Zaświadczenie dotyczy dziecka którego stan zdrowia uniemożliwiający lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące: indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego.

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), które stanowią przyczynę powodującą, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia* lub znacznie utrudnia* uczęszczanie do przedszkola:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają* lub znacznie utrudniają* uczęszczanie do przedszkola:

.....

.....

.....

.....

***właściwe podkreślić**

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

3. Określenie przewidywanego czasu (-od-do- nie krótszego niż 30 dni), w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia* lub znacznie utrudnia* uczęszczanie do przedszkola:

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

4. Określenie zakresu, w jakim dziecko, któremu stan zdrowia uniemożliwia* lub znacznie utrudnia* uczęszczanie do przedszkola może brać udział w działaniach sprzyjających integracji dziecka ze środowiskiem przedszkolnym oraz ułatwiających powrót dziecka do przedszkola.

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

.....
(Pieczętka i podpis lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, sporządzającego zaświadczenie na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

.....
(Miejscowość, data)

***właściwe podkreślić**

