



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA
w Mrągowie

.....
(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 2023r., poz. 2061)

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:

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

***właściwe podkreślić**

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

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

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.

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

.....
(Miejscowość, data)

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

***właściwe podkreślić**