Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

Na podstawie art. 127 ust. 20 ustawy z 14.12.2016r. prawo oświatowe (Dz.U. z 2007, poz. 59) i Rozp. MEN z 7.09.2017r. (Dz.U. z 2017, poz. 1743).

Imię i nazwisko dziecka................................................................................................................

Data urodzenia .............................................................................................................................

Adres zamieszkania ......................................................................................................................

Nauczanie indywidualne, o które wnioskuje rodzic, powinno być zorganizowane ze względu na stan zdrowia (właściwe zaznaczyć):

* **uniemożliwiający**
* **znacznie utrudniający**

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły w:

1. Przewidywanym okresie (od – do ; nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż rok szkolny)

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

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

 ICD -

|  |
| --- |
|  |

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

………………………………………………………………………………………………

1. Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

.............................., data ................ Pieczęć i podpis

 lekarza