Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(prosimy o czytelne wypełnienie druku)

Dotyczy przyznania indywidualnego nauczania / indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego *

dla ucznia ……..…… ur. ……..…….…… w …..…….…….……
imię i nazwisko ucznia data i miejsce urodzenia

zamieszkałego w …….…….…….
adres ucznia

ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający / znacznie utrudniający * uczęszczanie do przedszkola / szkoły **na okres ****** ……..……..……..……

Rozpoznanie (zgodnie z ICD-10):

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

Wynikające z choroby ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka / ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

……
Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

……., dnia ……..

* właściwe podkreślić
** nie krótszy niż 30 dni