

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