pieczęć placówki medycznej PPP.4110. . .

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/ UCZENNICY/ UCZNIA
KIEROWANE DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU
DOTYCZĄCE DZIECKA/UCZNIA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O **ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĘ KSZTAŁCENIA/ ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĘ ROCZNEGO PRZYGOTYOWANIA PRZEDSZKOLNEGO**

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania opinii na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.– Prawo oświatowe (Dz.U.z 2017 r. poz.59 i 949).

I.DANE DZIECKA/ UCZENNICY/ UCZNIA

……
(imię i nazwisko dziecka/uczennicy/ucznia) (data urodzenia dziecka/uczennicy/ucznia)

II.ROZPOZNANIE

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego **wraz z oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) będących **przyczyną trudności w funkcjonowaniu** dziecka/ uczennicy/ ucznia **powodujących, że nie może ono/ ona/ on realizować wszystkich zajęć** wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych **wspólnie z oddziałem**

symbol ICD-10 …….. **oraz nazwa**: .....

.....

Przebieg choroby wskazujący **aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu** powodujące, że dziecko/ uczennica/ uczeń **nie może realizować części zajęć** edukacyjnych **wspólnie z oddziałem**

……

……

……

……

……

……

……

……

data, pieczątka i podpis lekarza
specjalisty* w zakresie rozpoznanej choroby

*** w wypadku braku możliwości** wydania zaświadczenia przez lekarza specjalistę w zakresie rozpoznanej choroby – zaświadczenie **może wydać lekarz innej specjalności,** jednak do zaświadczenia należy wówczas **dołączyć kopię aktualnej dokumentacji medycznej dot. rozpoznanej choroby** sporządzonej przez lekarza specjalistę i/lub placówkę zdrowia hospitalizującą dziecko/ uczennicę/ ucznia