

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI
KIEROWANE DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU
DOTYCZĄCE DZIECKA/UCZNI UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĘ KSZTAŁCENIA**

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/UCZNI

..... (imię i nazwisko dziecka/uczni)

..... (data i miejsce urodzenia dziecka/uczni)

..... (adres zamieszkania dziecka/uczni)

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** uczni/ dziecka **powodujących, że nie może on/ono realizować wszystkich zajęć** wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych **wspólnie z oddziałem**

.....
.....

ICD -... :

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

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

data

pieczęćka i podpis lekarza specjalisty