

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

.....  
 (imię i nazwisko dziecka/uczniĄ) ..... (data urodzenia dziecka/uczniĄ)

**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** uczniĄ/ dziecka **powodujących, że nie może on/ono 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 uczeń/ dziecko **nie może realizować części zajęć** edukacyjnych **wspólnie z oddziałem**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data, pieczęć 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/ uczniĄ