

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
(załącznik do wniosku o wydanie przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Goleniowie **orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania
przedszkolnego
albo indywidualnego nauczania**)

.....
Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia

.....
data urodzenia

.....
miejsce urodzenia

numer PESEL											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Stan zdrowia dziecka/ucznia

☐ **uniemożliwia**

☐ **znacznie utrudnia*uczęszczanie do przedszkola/szkoły.**

*właściwe zakreślić

2. Przewidywany okres, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia
uczęszczanie do przedszkola/szkoły:

Należy wypełnić tylko **jedną** z opcji:

Nie krótszy jednak niż 30 dni, tzn.

do.....
należy wpisać datę przewidywanego powrotu dziecka/ucznia do przedszkola/szkoły

lub

jeden rok szkolny:

.....
należy wpisać rok szkolny, np. 2026/2027

lub

semestr:

.....
należy określić semestr roku szkolnego, np. I lub II semestr roku szkolnego

3. **Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego** wraz z oznaczeniem alfanumerycznym,
zgodnym z aktualnie obowiązującą *Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i
Problemów Zdrowotnych (ICD)*

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

Kod rozpoznania:

.....
.

Uwaga! Niepełnosprawności, tj. **autyzm, zespół Aspergera**, słabowidzące, niewidzące, słabosłyszące, niesłyszące, niepełnosprawność
ruchowa, afazja, niepełnosprawności intelektualne, **nie są przyczynami** wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania/
indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego, ponieważ z uwagi na te niepełnosprawności dziecko/uczeń otrzymuje
orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.

4. Ograniczenia zdrowotne wynikające z przebiegu rozpoznanej choroby lub innego problemu zdrowotnego w funkcjonowaniu dziecka/ucznia (objawy choroby):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)