

.....  
*Pieczęć placówki medycznej*  
Nr identyfikacyjny REGON

.....  
*Miejscowość, data*

## Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia dziecka/ ucznia

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Jarosławiu działającego na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 07 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych (Dz. U z 2017r., poz. 1743) -

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:.....

Data i miejsce urodzenia: .....Pesel:.....

Adres zamieszkania: .....

Rozpoznanie choroby z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z ICD:

(choroba główna i choroby współistniejące)

.....  
.....

W okresie od ..... do .....<sup>1</sup> stan zdrowia dziecka/  
ucznia: **uniemożliwia/znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (<sup>2</sup>właściwe podkre-  
ślić)

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Wynik leczenia i rokowanie:

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

<sup>1</sup> nie krótszy niż 30 dni

<sup>2</sup>właściwe podkreślić

Wynikające z choroby ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

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

.....

*pieczęć i podpis lekarza*

**UWAGA**

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wydania.