

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Powołując się na § 6, pkt. 5 Dz. U. z 2017 r. poz. 1743  
Dotyczy przyznania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania  
przedszkolnego i indywidualnego nauczania dla ucznia:

.....  
(imię i nazwisko)

urodzonego .....W.....

zamieszkałego w.....

ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający / znacznie utrudniający\* uczęszczanie do szkoły

na okres\*\*.....

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

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

.....  
Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badania

....., dnia .....r.

\* właściwe podkreślić

\*\* nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż 1 rok szkolny