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

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub lekarza praktykującego indywidualnie

wraz z numerem REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o wydanie orzeczenia

o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

Podstawa prawna: § 6 pkt 5 Rozporządzenia MEN z dnia z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.   
z 2023 r. poz. 2061).

Do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego wnioskodawca dołącza zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Zaświadczam, że .................................................................................... ur. ...........................................

(nazwisko i imię dziecka) (data urodzenia)

PESEL ………………………………………………………………………………………………….

zamieszkały …………………………………………………………………………………………….

(adres zamieszkania)

# 

z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający / znacznie utrudniający[[1]](#footnote-2) uczęszczanie do przedszkola (oddziału przedszkolnego) powinien korzystać z indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego w okresie od .................................. do .......................................

(okres nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny).

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Ograniczenia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego w funkcjonowaniu dziecka, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Miejscowość, data..................................... …………………………..

## Pieczęć i podpis lekarza

1. Właściwe podkreślić. [↑](#footnote-ref-2)