………………………………………. ……………………………

(pieczątka zakładu) (miejscowość, data)

**Zaświadczenie**

**dot. wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania/ indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego\***

**wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza POZ**

**(na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)**

**(podstawa prawna** Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych - Dziennik Ustaw z 2017r. poz. 1743)

* Imię i nazwisko dziecka …………………………………………………………………
* Data urodzenia …………………………………………………………………………..
* Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..

Przewidywany okres (nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż 1 rok szkolny):

…………………………………………………………………………………………………..,

w którym stan zdrowia dziecka/ucznia **uniemożliwia/ znacznie utrudnia**\* uczęszczanie do przedszkola/szkoły, powodując konieczność nauczania w domu.

**Rozpoznanie choroby** (zgodnie z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD) **lub innego problemu zdrowotnego** …………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

**Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia** (wynikające z rozpoznanej choroby lub problemu zdrowotnego) powodujące, że stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………

(pieczęć i podpis lekarza)

\* właściwe podkreślić