……………………………………………. ……………………………………

***Pieczątka jednostki wydającej zaświadczenie Data sporządzenia zaświadczenia***

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chorzowie w celu wydania orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego**

1. Imię i nazwisko pacjenta…………………………………………………………………………………

2. Data urodzenia…………………………………………………………………………………………...

**STAN ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA**

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

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

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

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

1. Wynikające z rozpoznanej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły **(wypełnia czytelnie lekarz specjalista)**

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

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

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

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

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

1. Okres przyznania nauczania indywidualnego.

***(nie może być krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny)***

…….………………………………………………………………………………………………………… Ze względu na stan zdrowia ***(proszę podkreślić jedną z ww. opcji)***

* 1. znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły
  2. uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły

………………………………………………………………

***podpis i pieczęć lekarza specjalisty***