

.....
Nr identyfikacyjny REGON

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczy przyznania indywidualnego nauczania

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia**PESEL**.....

Adres zamieszkania

Ze względu na stan zdrowia lub inny problem zdrowotny uniemożliwiający / znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły/przedszkola

Na okres (nie krótszy niż 30 dni)

Rozpoznanie : choroby lub innego problemu zdrowotnego powodującego, że niemożliwe/ znacznie utrudnione jest uczęszczanie do placówki :

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

Oznaczenie alfanumeryczne, zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

.....

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia: objawy choroby, leki, inne czynniki ograniczające prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie klasowo-lekcyjnym w następujący sposób (senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastroju, agresja, podatność na infekcje...):

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

.....
miejsce, data

.....
pieczęć i podpis lekarza