

.....  
pieczęć placówki

.....  
miejsowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ostrowcu Św.  
działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r.  
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające  
w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017.1743)

.....  
(imię i nazwisko dziecka/ ucznia)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania dziecka/ ucznia)

.....  
(przedszkole/szkoła/placówka, klasa/oddział)

.....  
(imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych)

.....  
(adres zamieszkania rodziców/ opiekunów prawnych)

### **Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 5 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r.)**

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

ICD - .....

--

.....  
.....  
.....  
Określenie **czasu**, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia  
uczęszczanie do przedszkola/szkoły/placówki (nie mniej niż 30 dni i nie dłużej niż jeden rok szkolny):  
.....  
.....  
.....

