………………………………………….

 (pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Wnioskuję o przyznanie\*:

* indywidualnego nauczania
* indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

dla:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, miejsce zamieszkania)

Wskazane jest przyznanie nauczania indywidualnego na okres (nie krótszy niż 30 dni):

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

Ze względu na **stan zdrowia uniemożliwiający/znacznie utrudniający\*** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

**Informacja lekarska**

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

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

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

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

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

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

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

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

………………………….. ………………………………….

(miejscowość i data) (pieczęć i podpis lekarza)

\*właściwe podkreślić