

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wnioskuje 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 alfanumerycznym, 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