

ZAŚWIADCZENIE
DOTYCZY INDYWIDUALNYCH ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZYCH
WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ LUB LEKARZA POZ
(NA PODSTAWIE POSIADANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO)

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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. 2023 poz. 2061)

A. INFORMACJE O DZIECKU :

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	

B. TREŚĆ ZAŚWIADCZENIA

- a) Przewidywany okres (nie dłuższy niż 5 lat): w którym stan zdrowia dziecka powoduje konieczność realizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w domu (w miejscu zamieszkania).
- b) Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

.....

.....

.....

.....

- c) Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia (wynikające z rozpoznanej choroby lub problemu zdrowotnego) powodujące, że stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły

.....

.....

.....

.....

C. PODPIS

.....
(pieczęć i podpis lekarza)