



Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych Powiatu Żarskiego

68-200 Żary, ul. Wrocławska 5, tel./fax 68 479 43 83
68-300 Lubsko, ul. Pokoju 1c, tel./fax 68 459 77 33, 35-34

e-mail: sekretariat@pppzary.pl
e-mail: lubsko@pppzary.pl
http://www.pppzary.pl

.....

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE

o stanie zdrowia dziecka

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).

Imię i nazwisko

ur..... W

Miejsce zamieszkania

Nazwa i adres przedszkola/szkołykl.....

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

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

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub w szkole.

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

3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.

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

4. Okres objęcia ucznia indywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny.

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)