

.....  
(pieczęćka zakładu)

.....  
(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

*dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wodzisławiu Śl.  
w oparciu o rozporządzenie MEN z dnia 07 września 2017 r. r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły  
orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych*

Imię i nazwisko ucznia/dziecka .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

1. Okres **nie krótszy niż 30 dni** w którym, stan zdrowia dziecka/ucznia

- **uniemożliwia\***
- **znacznie utrudnia\*** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły\*/*właściwe podkreślić/.*

od ..... do: .....

.....

2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego (zgodnie z klasyfikacją ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
/podpis i pieczęć lekarza/