

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy przyznania indywidualnego nauczania dla ucznia/uczennicy

.....

ur. adres zamieszkania:

.....

ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający/utrudniający* uczęszczanie do szkoły na okres - nie krótszy niż 30 dni:

.....

rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą **Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych (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:

.....

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

..... dnia r.

* właściwe podkreślić