

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/ucznia

(indywidualne nauczanie lub roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne)

(w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 3 w Gdyni)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

I. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:

.....
.....

ICD

2. Data rozpoczęcia leczenia oraz ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

3. Choroby współistniejące:

.....

II. Zalecenia lekarskie:

1. Aktualny stan zdrowia dziecka/ucznia: (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- **ZNACZNIE UTRUDNIA** (dotyczy dzieci/uczniów, które obowiązkowe zajęcia edukacyjne muszą realizować w warunkach domowych, jednak ich stan zdrowia umożliwia włączanie w niektóre zajęcia realizowane przez szkołę np. warsztaty, wycieczki, zajęcia dodatkowe – w porozumieniu z rodzicami i dyrektorem placówki edukacyjnej)
- **UNIEMOŻLIWIA** (dotyczy dzieci/uczniów, które ze względu na stan zdrowia zajęcia edukacyjne muszą realizować wyłącznie w warunkach domowych i nie mogą być włączane w zajęcia realizowane przez szkołę)

uczęszczanie do przedszkola /szkoły

w okresie od do.....*

2. Zalecane działania ułatwiające powrót dziecka/ucznia do szkoły lub przedszkola:

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

*nie krócej niż 30 dni od daty Z.O. i nie dłużej niż rok szkolny

.....
(pieczęć, podpis lekarza)