

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNI

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej
leczenia specjalistycznego

.....
Pieczęć placówki Służby Zdrowia

.....
miejsowość, data wystawienia zaświadczenia

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:PESEL

Adres zamieszkania:

Stan zdrowia dziecka: **uniemożliwia / znacznie utrudnia¹⁾** uczęszczanie do przedszkola / szkoły
na okres od do

(nie krótszy niż 30 dni)

(data rozpoczęcia nie może być wcześniejsza niż data wystawienia niniejszego zaświadczenia lekarskiego)

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

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

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

¹⁾ **Właściwe podkreślić.**