**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Rypinie, ul. Mławska 54A, 87-500 Rypin**

**Tel. 54 280 50 48, 524 472 805, e-mail: sekretariat@ppprypin.pl**

………………………………

pieczęć placówki medycznej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNIA**

#  **CELEM OBJĘCIA ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ**

**obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / kształcenia w szkole \***

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rypinie**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia ……………………………………………………………….................

Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………...

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) będących przyczyną trudności w funkcjonowaniu dziecka / ucznia powodujących, że nie może on/ono realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem**

……..……………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………................

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**ICD** - ……………………………………………………………………………………………………..

**Od kiedy jest leczone specjalistycznie i jakie są rokowania, przyjmowane leki:**

…………………………………………………………………………………………………..………..…………………………………………………………………………………………............................

……………………………………………………………………………………………………………

**Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole**

…………………………………………………………………………………………………..………..…………………………………………………………………………………………..………………..……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu powodujące, że dziecko / uczeń nie może realizować części zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem** ……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………................

…………………………………………………………………………………………………................

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………….. …………………………….

 *(miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza)*

*\* podkreślić odpowiednie*