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

**Dotyczy wniosku o wydanie opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

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

PESEL □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

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

Miejsce zamieszkania ……. …….

1. **Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego **zgodnie z klasyfikacją ICD** (**podanie nr ICD jest konieczną częścią zaświadczenia)**:

……………………….……………………………………….……………………………….... □ □ □ □

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

………………………….……………………………………………..……………….…..….. □ □ □ □

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

………………………………………………………………………………………………..… □ □ □ □

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

………………………………………………………………………….……………………..… □ □ □ □

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

……………………………………………………………………… ….……..……………..… □ □ □ □

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

**2. Wpływ choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym –** *proszę podkreślić najważniejsze symptomy*

|  |  |
| --- | --- |
| * spadek koncentracji uwagi
 | * zaburzenia pamięci
 |
| * męczliwość psychofizyczna
 | * obniżone tempo przyswajania materiału dydaktycznego
 |
| * wolne tempo pracy
 | * obniżona motywacja do wysiłku umysłowego
 |
| * zaburzenia emocjonalne
 | * dyskomfort fizyczny
 |
| * nadmierna senność
 | * podwyższony poziom lęku
 |
| * apatia
 | * obniżona wydolność umysłowa
 |
| * zaburzenia w komunikacji społecznej
 | * inne …………………………….
 |

 ………………………………….

 …………………………………

…………………………… ………………………………….

Miejscowość i data pieczęć lekarza