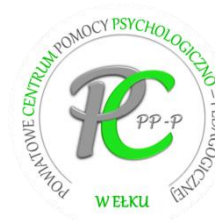


Data wpływu



PESEL DZIECKA .....

.....  
telefon kontaktowy  
do rodziców/opiekunów prawnych

.....  
e-mail

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**

19-300 Elk, ul. Michała Kajki 8

tel. 87 610 27 47, 87 610 27 57 e-mail: pcpp-p@powiat.elk.pl

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**dotyczące wydania orzeczenia o potrzebie:**

- indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
- nauczania indywidualnego\*

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Miejsce zamieszkania dziecka: .....

Imiona i nazwiska rodziców: .....

(opiekunów prawnych):

imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej

imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego

Miejsce zamieszkania rodziców: .....

(opiekunów prawnych):

Nazwa przedszkola, szkoły lub placówki: .....

Adres placówki: ..... oddział, klasa: .....

**Rozpoznanie choroby wraz z uzasadnieniem:**

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

**Stan zdrowia:**

- uniemożliwiający uczęszczanie do przedszkola/szkoły
- znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola/szkoły\*

**w okresie:** od ..... do .....

(nie krótszym niż 30 dni)

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\*właściwie zaznaczyć