

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczy przyznania
indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego w

zamieszkałego w
(adres)

ze względu na stan zdrowia: (właściwe podkreślić)

- uniemożliwiający uczęszczanie do przedszkola lub oddziału przedszkolnego
- znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola lub oddziału przedszkolnego

na okres: od do (nie krócej niż 30 dni)

Cześć A.

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/oddziału przedszkolnego (*diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania*):

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

Cześć B.

(wypełnia się w przypadku dzieci, których stan zdrowia nie uniemożliwia a **znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola / oddziału przedszkolnego)

Zakres, w jakim dziecko może brać udział w zajęciach organizowanych:

- indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu / oddziale przedszkolnym

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

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

.....

(miejscowość, data)