

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczy przyznania
indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

urodzonegow

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: oddo(*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:

- z grupą wychowawczą:

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

- indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu / oddziale przedszkolnym

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

.....
(miejscowość, data)

.....
pieczęć i podpis lekarza)