

### ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy przyznania dla dziecka indywidualnego przygotowania przedszkolnego:

.....  
imię i nazwisko  
urodzonego.....w.....  
zamieszkałego w.....  
adres  
ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający/znacznie utrudniający\* uczęszczanie do  
przedszkola na okres\*\*  
.....

Rozpoznanie choroby(diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania):

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

Zakres, w jakim dziecko, któremu stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do  
przedszkola, może brać udział w zajęciach, w których realizowana jest podstawa programowa  
wychowania przedszkolnego, organizowanych z grupą wychowawczą lub indywidualnie w  
odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu:

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

.....  
Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

.....dnia.....r.

\* właściwe podkreślić  
\*\* nie krótszy niż 30 dni