

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **o stanie zdrowia dziecka lub ucznia**

dla potrzeb **Zespołu Orzekającego** w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świnoujściu
działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej
z dnia 7 września 2017 r. (Dz. U. 2017.1743) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające
działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

proszę zaznaczyć właściwe

- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania

.....
(Imię i nazwisko dziecka/ucznia)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

(data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

.....
(miejsc urodzenia)

PESEL											
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

(ulica, numer domu, numer mieszkania)

		-			
--	--	---	--	--	--

(kod pocztowy)

.....
(miejscowość)

Zaświadczenie o stanie zdrowia (§6 ust. 3 rozporządzenia)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.

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

ICF	
ICD	

2. Choroby współistniejące:

.....
.....

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowania.

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)