

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

### **o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

na podstawie § 6 ust. 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1743)

Imię i nazwisko ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

(wypełnia się dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo albo zajęć rewalidacyjno – wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju)

#### **1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące:**

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

#### **2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:**

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

#### **3. Ocena wyniku leczenia i rokowania, zalecenia:**

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

.....  
/miejscowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/