

.....
(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 2023r. poz. 2061)

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/

.....
/pieczęć i podpis lekarza/