

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1743)

Dotyczące uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w formie kształcenia specjalnego*, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych*, wczesnego wspomaganie rozwoju*

.....
(imię i nazwisko dziecka / ucznia, data i miejsce urodzenia ucznia)

.....
(adres zamieszkania ucznia)

.....
(nazwa i adres przedszkola/ szkoły, klasy, nazwa zawodu w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie)

Diagnoza (choroba główna oraz choroby współwystępujące z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)):

Szczegółowy opis przebiegu choroby oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka:

Data rozpoczęcia leczenia:

Ocena wyniku leczenia i rokowania

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
* niepotrzebne skreślić