

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA DZIECKA DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO
DZIAŁAJĄCEGO W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W
POŁCZYNIĘ-ZDROJU**

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017, poz. 1743 § 6 ust. 5 pkt. 2).

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka)

.....
(PESEL dziecka)

.....
(adres zamieszkania dziecka)

Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące:

- Kształcenia specjalnego*
- Zajęć rewalidacyjno-wychowawczych*
- Wczesnego wspomaganie rozwoju*

Zaświadczenie o stanie zdrowia (choroba główna oraz choroby współwystępujące).

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia.

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

*właściwe zaznaczyć

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)