

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

Przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Tomysłu

Podstawa prawna §6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017r. poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania

Wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

I. Rozpoznanie choroby/ niepełnosprawności

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

II. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowania

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

III. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)