

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

### O STANIE ZDROWIA DZIECKA DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

*działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych / Dz. U. Nr 173, poz.1072 § 6. Ustęp 4/.*

Imię i nazwisko dziecka ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania (dokładny adres, kod pocztowy) .....

.....

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 /