……
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu orzekającego
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. z 2008r. Nr 173, poz. 1072).

Imię i nazwisko …….……..…… ur. ……..……... …….

Miejsce zamieszkania ……..

Wypełnia się dla dzieci/uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju).

Stan zdrowia

…….....
……..
……..
…….....
……..…
……...
……...
…….....
……..……
……..…….....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

……...
……...
……...
…….....
……..…….....
……..……
……..……
……..……

Ocena wyniku leczenia i rokowanie

……
……
……
……
……

…… ……
(Miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)