

.....
(pieczęć placówki)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka / ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017, poz. 1743)

Wypełnia się dla dzieci / uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie dotyczące wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub zajęć rewalidacyjno-wychowawczych lub opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

Imię i nazwisko

Data urodzenia.....**Numer PESEL**

Miejsce zamieszkania

Rozpoznanie (choroba główna i choroby współistniejące):

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

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia:

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

Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny

.....
.....

Gdańsk, dnia.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)