

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-
Pedagogicznej

Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w sprawie * :

- *wczesnego wspomagania rozwoju*
- *kształcenia specjalnego*
- *zajęć rewalidacyjno – wychowawczych dla dzieci i młodzieży głęboko upośledzonych umysłowo*

Imię i nazwisko dziecka.....
(pełnoletniego wnioskodawcy)

Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....

Miejsce zamieszkania

1. Choroba główna i choroby współistniejące:

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*** podkreśl właściwe**