

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA dla potrzeb zespołu orzekającego

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

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby oraz chorób współwystępujących

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

2. Oznaczenie alfanumeryczne choroby, zgodne z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD

.....
2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z rozpoznania medycznego
.....
.....
.....
.....

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

.....
/ miejscowość, data /

.....
/ pieczęć i podpis lekarza/