

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E**  
**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego**  
**w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w ..... w Zespole Poradni**  
**Psychologiczno - Pedagogicznych w Świdnicy.**

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

Imię i nazwisko ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL

Miejsce zamieszkania .....

Szkoła.....klasa .....

**I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:**

*(Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące organizacji kształcenia specjalnego z uwagi na zagrożenie niedostosowaniem społecznym/niedostosowanie społeczne)*

**Choroba zasadnicza:**

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

**Choroby współwystępujące:**

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

**Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia ucznia:**

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

**Przewidywany okres leczenia oraz rokowania:**

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

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Pieczętka i podpis lekarza specjalisty*

**Na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego:**

.....  
*(Miejscowość i data)*

.....  
*(Pieczętka i podpis lekarza podstawowej  
opieki zdrowotnej)*