

.....
(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 dziecka/ 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 dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL

Miejsce zamieszkania

Szkoła/Przedszkoleklasa

I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:

(Wypełnia się dla dzieci/ uczniów, w stosunku, do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące zajęć rewalidacyjno-wychowawczych)

Choroba zasadnicza:

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

Choroby współwystępujące:

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

Ograniczenia wynikające z przebiegu choroby w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

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

Stan zdrowia wymaga organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w formie
(wskazać właściwe):

- Indywidualnej
- Zespołowej

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)

Na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego:

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęćka i podpis lekarza podstawowej
opieki zdrowotnej)