

..... dnia
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIĄ DLA POTRZEB ZESPOŁU
ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO W PORADNI
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ

działającego 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. z 2017 r. poz. 1743 § 6 ustęp 4/.

Imię i Nazwisko dziecka/ucznia.....

Pesel

Adres zamieszkania dziecka/ucznia

Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące:

- kształcenia specjalnego*
- zajęć rewalidacyjno - wychowawczych zespołowych/ indywidualnych*
- wczesnego wspomaganie rozwoju**

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (choroba główna oraz choroby współwystępujące):
.....
.....
.....

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:
.....
.....
.....
.....

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:
.....
.....
.....

***właściwe zaznaczyć**

..... dnia
/miejscowość/ /pieczęć i podpis lekarza specjalisty/