

(pieczęć placówki medycznej)

(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNIĄ

Dla postępowania orzekającego o potrzebie: **kształcenia specjalnego lub zajęć rewalidacyjno – wychowawczych lub wczesnego wspomaganie rozwoju**. Podstawa prawna: § 6 ust. 5 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (t.j. Dz.U. 2023 poz. 2061)

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania głównego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie

3. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego (w tym niepełnosprawności)

(pieczęć i podpis lekarza)