

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, 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. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2017r. Poz. 1743)

.....
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/lekarza specjalisty)