

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. W sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017 poz.1743;§ 6 ust.4 oraz§ 13.ust. 2)

Imię i nazwiskour.....

Miejsce zamieszkania.....

Wypełnia się dla dzieci w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej w sprawie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

1. U dziecka stwierdza się (właściwe zaznaczyć)

- niepełnosprawność
 inne

2. Choroba główna i choroby współistniejące wraz z **oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych **(ICD)**

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

3. Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia oraz ewentualne rokowania:

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

4. Wynikające z niepełnosprawności ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka w środowisku edukacyjnym, zalecane warunki i formy wsparcia:

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza