

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej
z dnia 18 września 2008r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające
działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych
(Dz. U. z 2008r. Nr 173 poz. 1072)

Imię i nazwisko **ur.**

Miejsce zamieszkania

Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące przyznania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego (wydawane na etap edukacji szkolnej) lub zajęć rewalidacyjno – wychowawczych indywidualnych lub zespołowych). Czas realizacji zajęć rewalidacyjnych wydaje się na okres do 5 lat.

na okres: od do

Stan zdrowia

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

Opis przebiegu chorób i dotychczasowego leczenia

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

Ocena wyniku leczenia i rokowanie

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)