

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

dla potrzeb Zespołu Orzekającego

w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Jeleniej Górze

Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017 r. poz. 1743).

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

Miejsce zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego /niepełnosprawność/.....

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

2. Opis przebiegu choroby lub innego problemu zdrowotnego, dotychczasowego leczenia, podjęta terapia, stosowane leki ocena wyniku leczenia, rokowania.....

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

3. Zalecana terapia, wsparcie medyczno-rehabilitacyjne, wskazany sprzęt specjalistyczny, inne działania:.....

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

miejsowość, data

pieczęć i podpis lekarza