…….
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA UCZNIA
w sprawie kształcenia specjalnego

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Parczewie
zgodnie z Rozporządzeniem MEN z dnia 07.09.2017r., (Dz. U. z 2017r., poz. 1743) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Imię i nazwisko…….……

Data i miejsce urodzenia……..…

Miejsce zamieszkania…….…..

Pesel ……..

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

……

……

……

……

…….....

2. Opis przebiegu choroby i oraz wynikające z niej ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka

……

……

……

……

……

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania

……

……

……

……

……

…….. ……
/miejscowość, data/ /pieczątka i podpis lekarza/