

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ ucznia w celu wydania
orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Pleszewie

Podstawa prawna:

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

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
data urodzenia

.....
adres zamieszkania ucznia

Rozpoznanie - występująca niepełnosprawność:

.....
.....

Stan zdrowia: przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania, objawy choroby, leki, inne czynniki, mające wpływ na funkcjonowanie dziecka (np. senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastrojów, agresja, podatność na infekcje itp.):

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

Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb edukacyjnych:

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

.....
pieczęć i podpis lekarza