

.....  
*pieczętka placówki medycznej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu diagnostycznego publicznej poradni  
psychologiczno-pedagogicznej**

Imię i nazwisko dziecka .....

data urodzenia..... NR PESEL .....

Informacja o aktualnym stanie zdrowia dziecka (*wraz z rozpoznaniem choroby zgodnie z oznaczeniem alfanumerycznym, według obowiązującej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD*), o aktualnym przebiegu procesu terapeutycznego oraz dalsze rokowania:

Informacja o ograniczeniach w funkcjonowaniu dziecka wynikających ze stwierdzonej choroby lub z przebiegu procesu terapeutycznego (*w tym: informacje dotyczące wpływu przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole*):

.....  
*(miejsowość, data)*

.....  
*(pieczętka i podpis lekarza)*