

.....
pieczętka placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego publicznej poradni psychologiczno - pedagogicznej, przeprowadzającego postępowanie orzekające w sprawie potrzeby zajęć rewalidacyjno –wychowawczych

Imię i nazwisko dziecka

data urodzenia..... NR PESEL

1. Informacja o aktualnym stanie zdrowia dziecka/ucznia:

rozpoznanie niepełnosprawności wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD) lub wskazanie innego problemu zdrowotnego

2. Informacja o ograniczeniach w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikających z aktualnego stanu zdrowia:

3. Niezbędny w procesie kształcenia dziecka/ucznia z niepełnosprawnością sprzęt specjalistyczny:

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)