*…………..….……………………..*

*pieczątka 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 )*:

*………………………………………………. …………………………………………..*

*(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*) działającego na podstawie:*

*- Rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. poz. 199 z późn. zm.),*

*- Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017r w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno - pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017r., poz. 1591).*