Na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach p-p

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej nr identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia

Dotyczy wydania dla ucznia*:

- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
- orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- opinii w sprawie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

. . . . . |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(imię i nazwisko) *(PESEL)*

urodzonego . . . . . w . . . . . ,
(data) *(miejscowość)*

zamieszkałego w . . . . . ,
(adres)

Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD-10 lub innego problemu zdrowotnego:
. . . . . .
. . . . . .

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia: . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny: . . . . . .
. . . . . .

Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w ramach w przypadku dziecka lub ucznia napotykającego na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (wraz z uzasadnieniem):

1. w grupie do 5 osób . . . . . .
   . . . . . .
   . . . . . .
2. indywidualnie z uczniem . . . . . .
   . . . . . .
   . . . . . .

. . . . . , dnia . . . . . r. . . . . .
(miejscowość, data) *(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)*

* – właściwe podkreślić