

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Gdyni)
proszę zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna: *Rozporządzenie 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 2017r , poz. 1743).

- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju

.....
(imię (imiona) i nazwisko dziecka/ ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka/ ucznia)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania dziecka/ ucznia)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

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

2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z w/w choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia.

.....
.....

3. Choroby współistniejące.

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

4. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, wyniki badań, data rozpoczęcia leczenia.

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)