

.....  
(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)