

.....
/pieczęć placówki medycznej/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

Wypełnia się dla uczniów wobec których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno – wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i Nazwisko..... ur.

Pesel.....

Miejsce zamieszkania.....

Choroba główna oraz choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ocena wyniku leczenia i rokowania

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)