

.....  
/pieczęć placówki medycznej/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

*działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U. z 2017r. poz. 59 i 949)*

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)