

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb  
Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Działdowie

*Wypełnia się dla dzieci i młodzieży ubiegających się o wydanie opinii o chorobie przewlekłej.*

Imię i nazwisko ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

### I. Stan zdrowia:

1) choroba główna oraz choroby współwystępujące

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

2) przebieg choroby i dotychczasowego leczenia

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

3) rokowanie, dalsze leczenie i rehabilitacja

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

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć i podpis lekarza)