……
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
poradni psychologiczno – pedagogicznej

działającego na podstawie Rozporządzenia MEN *z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. 2023 poz. 2061)*

Wypełnia się dla dzieci i młodzieży ubiegających się o:

- *wczesne wspomaganie rozwoju*
- *kształcenie specjalne*
- *zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze zespołowe/indywidualne* *.

*(właściwe podkreślić)

Imię i nazwisko…… ur. ……..

Miejsce zamieszkania ……

1. Stan zdrowia (choroba główna oraz choroby współwystępujące, przebieg choroby i dotychczasowego leczenia):

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

_____ _____

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)