

.....
pieczęć

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego

powołanego w PPP w Koluszkach, działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. z 2023r. poz. 2061).

wypełnia się dla dzieci/uczniów, dla których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, wczesnego wspomaganie rozwoju, zajęć rewalidacyjno - wychowawczych

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

PESEL lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

1. Ogólny stan zdrowia (m.in. wzrok, słuch, choroby przewlekłe, przyjmowane leki itp.)

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

2. Rozpoznane niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)

.....
.....

ICD 10:

3. Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka lub ucznia wynikające ze stanu zdrowia

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

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza