

(pieczętka instytucji wydającej zaświadczenie)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka / ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rawiczu

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej
z dnia 07 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające
w publicznych poradniach psychologiczno –pedagogicznych
(Dz. U. z 2017r. poz. 1743)

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia PESEL

Miejsce zamieszkania

*Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie
orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno -wychowawczych*

1. Diagnoza lekarska / rozpoznanie /

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

2. Przebyte zabiegi operacyjne

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

3. Czy był/ jest pod opieką specjalistyczną

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

....., dnia.....