

data .....

(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia dla potrzeb zespołu orzekającego o potrzebie kształcenia specjalnego działającego w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Otwocku**

*(na podstawie rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych)*

Imię i nazwisko ..... data urodzenia.....

PESEL..... Miejsce zamieszkania.....

*(Prosimy o czytelne wypełnienie druku dla uczniów w stosunku, do których będzie prowadzone postępowanie orzekające o jakiegokolwiek formie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju.)*

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia :

Choroba główna oraz choroby współwystępujące:

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

2. Opis choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Wnioski (np. czy wymaga specjalnych warunków i metod nauczania, rehabilitacji, np. w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju, czy może przebywać w internacie?):

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

pieczętka i podpis lekarza