

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
DOTYCZĄCE ORZEKANIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/OPINII
O WCZESNYM WSPOMAGANIU ROWOJU DZIECKA .**

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 4
w Poznaniu.

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia ... września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2017r. Poz.)

Imię i nazwisko..... ur.

PESEL

Miejsce zamieszkania

(wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju)

I. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

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

II. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie

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

III. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego (np. niepełnosprawności)

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)