

.....
pieczęć placówki

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 20 w Warszawie działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017.1743)

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....
(przedszkole/szkoła/placówka, klasa/oddział)

.....
(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

.....
(adres zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych)

Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 4. Rozporządzenia)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

ICD-

--

.....
.....
.....
Wynikające z tej choroby/niepełnosprawności lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.
.....
.....
.....

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

Inne istotne dla kształcenia specjalnego informacje.

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)