

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### **o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. Nr 173 poz. 1072) oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20.06.2002r. w sprawie zasad techniki prawodawczej (Dz. U. Nr 100 poz. 908).

Imię i nazwisko: ..... ur. ....

Miejsce zam. ....

### **CZĘŚĆ I**

*Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych w tym publicznych specjalistycznej poradniach psychologiczno-pedagogicznych\*:*

- *wczesnego wspomagania rozwoju*
- *kształcenia specjalnego*
- *zajęć rewalidacyjno – wychowawczych (dla dzieci i młodzieży głęboko upośledzonych umysłowo)*

### **Zaświadczenie o stanie zdrowia zgodnie z § 6. 1. 2 i 3 w/w rozporządzenia MEN**

1. Choroba główna i choroby współistniejące:

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

2. Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Zalecenia lekarskie i ewentualne rokowania:

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

\* podkreśl właściwe

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/