

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

dla potrzeb Zespołu Orzekającego

w Poradni Psychologiczno Pedagogicznej w Ciechanowie

Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno – wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

Podstawa prawna: §6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (DZ.U.2017 r. poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Miejsce zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego /niepełnosprawności/
.....
.....
2. Opis przebiegu choroby lub innego problemu zdrowotnego, dotychczasowego leczenia, podjęta terapia, stosowane leki ocena wyniku leczenia, rokowania
.....
.....
3. Zalecenia terapia, wsparcie medyczo rehabilitacyjne, wskazany sprzęt specjalistyczny inne działania:
.....
.....

miejsowość, data

pieczęć i podpis lekarza