



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W ZWOLENIU
ul. Kościuszki 39
26-700 Zwoleń
telefon: 48 676 26 13

poradnia@zwolepowiat.pl
www.pppzwoleń.pl
REGON: 672894758

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNIA
na potrzeby Zespołu Orzekającego w celu objęcia dziecka kształceniem specjalnym /
opinią o potrzebie wczesnego wspomagania 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. 2017r., poz. 1743).

Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej
na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

Imię i nazwisko dziecka /ucznia:

PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:

..... ☐ ☐ ☐ ☐

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

..... ☐ ☐ ☐ ☐

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

*właściwe podkreślić

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka / ucznia* wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego (np. niepełnosprawności):

.....

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

*właściwe podkreślić