

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejscowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 3 w Gdyni) proszę zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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. z 2017r , poz. 1743).

- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.

ICD

2. Choroby współistniejące:

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, wyniki badań, data rozpoczęcia leczenia.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)