…… ……...
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

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 2023 r. , poz. 2061)

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE

☐ Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

☐ Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

☐ Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania

.....
(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)

Klauzula przetwarzania danych osobowych udostępniona jest na stronie www.ppp3edugdynia.pl w zakładce RODO.