

.....  
pieczęć placówki medycznej  
nr identyfikacyjny REGON

.....  
miejscowość, data

## Z A Ś W I A D C Z E N I E    L E K A R S K I E

### o stanie zdrowia dziecka / ucznia

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Jarosławiu działającego na podstawie rozporządzenia M E N z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych ( Dz. U. z 2017 r., poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z ICD:  
(choroba główna i choroby współwystępujące)

.....  
.....

W okresie od ..... do .....<sup>1</sup> stan zdrowia dziecka/ucznia: **uniemożliwia/znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (właściwe podkreślić)

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Wynik leczenia i rokowanie:

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

1.    nie krótszy niż 30 dni

Wynikające z choroby ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

.....

.....

.....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)