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

(pieczęć placówki medycznej)

|  |
| --- |
| ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **o stanie zdrowia dziecka/ucznia w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące:**  □ **wczesnego wspomagania rozwoju**  □ **kształcenia specjalnego**  □ **zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**  *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) PESEL

ur.…………….…w…………………zamieszkały:………………………………………………………………………….………..….

1. Rozpoznanie / choroby współwystępujące:

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

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

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

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

1. Opis przebiegu choroby i informacja o wspomaganiu farmakologicznym, jego skutkach i ograniczeniach mogących mieć wpływ na samopoczucie dziecka i jego funkcjonowanie:

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

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

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

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

1. Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

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

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

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

/Miejscowość, data/ /pieczątka i podpis lekarza/