

(pieczęć zakładu)

..... data.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA DZIECKA
DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI
PSYCHOLOGICZNO -PEDAGOGICZNEJ W ALEKSANDROWIE KUJAWSKIM
CELEM WYDANIA OPINII O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA
ROZWOJU**

Na podstawie art. 127 ust.10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017r. Poz. 59 i 949) oraz § 6 ust.4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

Imię i nazwisko dziecka

Data, miejsce urodzenia

Numer Pesel

Szkoła/Placówka

.....

Rozpoznanie: choroba główna oraz choroby współwystępujące wraz z oznaczeniem (ICD)

.....

.....

.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

.....

.....

.....

.....

Określenie i ocena wykrytej niepełnosprawności u dziecka:

.....

.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza)