

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych indywidualnych / zespołowych\*

*podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. ( Dz. U. poz.1743) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych*

..... data urodzenia .....

(imię i nazwisko dziecka)

adres zamieszkania .....

**Rozpoznanie** (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania itp.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Stan zdrowia:** objawy choroby, leki, inne czynniki, ograniczające prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie zajęć grupowych np. senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastrojów, agresja, podatność na infekcje itp.:

.....

.....

.....

.....

.....

**Medyczne zalecenia** dotyczące warunków realizacji potrzeb edukacyjnych:

— .....

— .....

— .....

— .....

— .....

— .....

*\*niepotrzebne skreślić*

.....  
miejsowość, dnia

.....  
pieczęć i podpis lekarza