



.....
miejsowość, data

.....
pieczęć placówki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 20 w Warszawie działającego na podstawie Rozporządzenia 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. 2017.1743 z późn. zm.)

Dane identyfikacyjne dziecka										
imię										
nazwisko										
PESEL										
data urodzenia	dzień			miesiąc				rok		
miejsce urodzenia										
adres zamieszkania dziecka										
nazwa i adres przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko wraz z klasą/oddziałem										
imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych										
adres zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych										

Zaświadczenie o stanie zdrowie (§ 6 ust. 4. w/w Rozporządzenia)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

ICD-



Wynikające z tej choroby/niepełnosprawności lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inne istotne dla kształcenia specjalnego informacje.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)