…….
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia

zgodnie z *Rozporządzeniem 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. z 2023 r., poz. 2061)

Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydawane jest przez **lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.**

Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami.

……
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

……
(data urodzenia dziecka/ucznia)

……
(miejsce zamieszkania dziecka/ucznia)

Rozpoznanie współwystępujących chorób wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) wraz z krótkim opisem przebiegu:

Niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim.
……
……
……
……
……
……

Określenie **czy zachodzi potrzeba** realizacji zajęć rewalidacyjno-wychowawczych **indywidualniewraz z uzasadnieniem**.
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

....

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)