……………………….

(miejscowość, data)

………………………………  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
na potrzeby kształcenia specjalnego / zajęć rewalidacyjno-wychowawczych / opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 2   
w Poznaniu.

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, poz. 1743).

Imię i nazwisko………………………………………………. ur. ……………………………

PESEL □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Miejsce zamieszkania ………………………………………………………………………….

**(wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju)**

1. **Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:**

……………………………….…………………………………………………………………………………………

………………………………….………………………………………………………………………………………

………………………………….………………………………………………………………..…………………….

………………………………….………………………………………………………………..……………………..

1. **Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie**

………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

………………………………….………………………………………………………………………………………

………………………………….………………………………………………………………………………………

1. **Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego (np. niepełnosprawności)**

………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

**IV. W przypadku konieczności zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wskazać formę ich realizacji (właściwe podkreślić):**

- indywidualna,

- zespołowa.

…………………………………

(pieczęć i podpis lekarza)