



(pieczęć placówki medycznej)

Poznań, dn. ....  
(Miejscowość, data)

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

### **I. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego**

.....

.....

.....

.....

### **II. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie**

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)