



Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Dębicy

39 – 200 Dębica ul. Parkowa 28 tel. /fax. 14 670 24 60

e – mail; sekretariat@poradniadebica.pl www.poradniadebica.pl

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września
2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w
publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017r. poz.1743 z późn. zm.)

Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie
orzekające dotyczące **zajęć rewalidacyjno – wychowawczych** (niepełnosprawność
intelektualna w stopniu głębokim).

Imię i nazwisko **ur.**

Miejsce zamieszkania

Stan zdrowia

Choroba główna oraz choroby współwystępujące

.....
.....
.....
.....
.....

Opis przebiegu chorób i dotychczasowego leczenia

.....
.....
.....
.....
.....

Ocena wyniku leczenia i rokowanie

.....
.....
.....
.....
.....

Zalecany niezbędny w procesie leczenia sprzęt specjalistyczny

.....
.....
.....
.....
.....

Określenie, czy zachodzi potrzeba realizowania zajęć w formie:

zespolowej

indywidualnej

(właściwe podkreślić)

Uwagi

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)