

.....  
pieczęć placówki medycznej

.....  
miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej**  
**w Zielonce**

(prosimy o czytelne wypełnienie druku)

Zaświadczenie wydaje się dla poradni psychologiczno - pedagogicznej w celu wydania orzeczenia na podstawie § 6 ust. 5 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. z 2017 r., poz. 1743).

**w związku z ubieganiem się o orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego**

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia ..... PESEL.....

Miejsce zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10):

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

.....  
Pieczęć i podpis lekarza