Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017 poz. 1653)

Dotyczy przyznania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju

(opinia może być wydana od chwili wykrycia niepełnosprawności dziecka do podjęcia nauki w szkole)

dla dziecka ……..…….…….....……
imię i nazwisko dziecka

ur. ….…….……..… w …..…….…… nr PESEL ……...….……
data urodzenia miejsce urodzenia

zamieszkałego w …….…….……..….
adres dziecka

Stwierdzona niepełnosprawność:

……...……..…….……

……..……..…….……

Choroba główna oraz choroby współwystępujące:

……...……..…….……

……..……..…….……

……..……..…….……

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

……..……..…….……

……..……..…….……

……..……..…….……

……..……..…….……

……..……..…….……

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

……..……..…….……

……..……..…….……

……..……..…….……

……..……..…….……

……..……..…….……

……
Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

…….……., dnia ……..