

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY\* O STANIE ZDROWIA  
DZIECKA/UCZNIA KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI  
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W CHELMŹY**

*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017.r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych (Dz. U. z 2017r. poz.1743)*

*Na podstawie art. 127ust. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku – Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949)*

**I. DANE DZIECKA/UCZNIA**

.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)

.....  
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

**II. ROZPOZNANIE**

**Określić rodzaj niepełnosprawności:**

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia: (od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną dot. w/w choroby, ocena wyników leczenia, rokowania, możliwości poprawy).

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

Wskazania i przeciwwskazania medyczne do warunków kształcenia.

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

data.....

.....

pieczętka i podpis lekarza  
specjalisty w zakresie rozpoznanej choroby\*

\* w przypadku braku możliwości wydania zaświadczenia przez lekarza specjalistę w zakresie rozpoznanej choroby-zaświadczenie może wydać lekarz innej specjalności, jednak do zaświadczenia należy wówczas dołączyć kopię aktualnej dokumentacji medycznej dot. rozpoznanej choroby sporządzonej przez lekarza specjalistę i/lub placówkę zdrowia hospitalizującą dziecko/ucznia