..... **.....**
(Pieczątka placówki medycznej) (miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

Podstawa prawna: §6 ust.4 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 2017r. poz.1743)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia: **.....**

PESEL | | | | | | | | | | |

Stan zdrowia dziecka lub ucznia (np. rozpoznanie choroby, inny problem zdrowotny, przebieg leczenia, rokowania itp.)

.....

.....

.....

.....

Proszę o wskazanie wpływu choroby/przyjmowanych leków na funkcjonowanie dziecka (np. senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastrojów, agresja, podatność na infekcje etc.) **oraz proces uczenia się**:

.....

.....

.....

.....

.....

Szczególne zalecenia (propozycje w celu zoptymalizowania procesu edukacyjno – wychowawczego)**:**

.....

.....

.....

.....
(pieczątka i podpis lekarza)