

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejsowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 2 w Gdyni)

proszę właściwie zaznaczyć **X**

Podstawa prawna: *Rozporządzenie 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).

- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zespołowych / indywidualnych<sup>1</sup>
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

.....  
(imię (imiona) i nazwisko dziecka lub ucznia)

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

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania dziecka lub ucznia)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia

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

2. Choroby współistniejące.

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

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, wyniki badań, data rozpoczęcia leczenia

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

1) Właściwie podkreślić