

.....
pieczęć placówki

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Aleksandrowie Łódzkim działającego na podstawie 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. 2017.1743)

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

.....
(data urodzenia)

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

.....
(przedszkole/szkoła/placówka, klasa/oddział)

.....
(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

.....
(adres zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych)

Zaświadczenie o stanie zdrowia

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

ICD-

--

Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia w przedszkolu/szkole/ placówce.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inne istotne dla organizacji nauczania informacje.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)