…………………………………

/pieczęć placówki medycznej/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej

z dn. 7 września 2017 roku

w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach

psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia ………………………………………… PESEL ……….…………….

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………

Zaświadczenie o stanie zdrowia

(choroba główna oraz choroby współwystępujące):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

........................................... ………...…………………………..

/Miejscowość, data/ /pieczątka i podpis lekarza/