



**PPP BYTÓW**

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W BYTOWIE**

77-100 Bytów, ul. Gdańska 59,

tel./fax / 0598222520

e-mail : [sekretariat@poradniabytow.pl](mailto:sekretariat@poradniabytow.pl)

[bip.pppbytow.infocity.pl](http://bip.pppbytow.infocity.pl)

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wydane dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Bytowie**

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania)

**I. Rozpoznanie**

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

**II. Wpływ w/w zaburzenia na funkcjonowanie w szkole, wybór drogi kształcenia.**

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)