

.....
pieczętka zakładu
lub prywatnej praktyki lekarskiej

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Bytowie**

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)

DOTYCZY WYDANIA OPINII O WCZESNYM WSPOMAGANIU ROZWOJU

Dla dziecka/ucznia:

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

PESEL:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zamieszkały/a

(adres)

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

ICD

| |
|--|
| |
|--|

Pełna nazwa jednostki chorobowej:

.....

1. Wpływ choroby na rozwój dziecka i jego funkcjonowanie w przedszkolu:

.....
.....

**2. Czy dziecko wymaga środków pomocniczych, dostosowania warunków pracy i nauki-
jakich?**

.....
.....

3. Inne zalecenia dotyczące nauki:

.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

** wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego*