

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA**

o stanie zdrowia ucznia w związku z wnioskiem rodziców o wydanie \*

- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**
- orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno - wychowawczych**
- opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju**

kierowane do Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

w .....

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

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

.....  
(adres zamieszkania)

**1 Rozpoznanie**

*Choroba podstawowa / rodzaj niepełnosprawności* .....

*Choroby współistniejące* .....

2. Od kiedy uczeń posiada dokumentację medyczną dotyczącą choroby/ niepełnosprawności  
(data): .....

3. Przebieg leczenia i rokowanie (zabiegi, operacje, podawane leki mające wpływ na proces  
uczenia się,, uzasadniające specjalną organizację nauki /wspomaganie rozwoju dziecka ) .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*właściwe podkreślić