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

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego**

**w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w NIEMODLINIE**

**Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju**

**dziecka.**  *Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017 r. poz. 1743).*

Imię i nazwisko dziecka...............................................................................................................

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

PESEL □□□□□□□□□□□

Miejsce zamieszkania.............................................................. ………………………………..

**1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego /niepełnosprawność/**

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

**2. Opis przebiegu choroby lub innego problemu zdrowotnego, dotychczasowego leczenia, podjęta terapia, stosowane leki ocena wyniku leczenia, rokowania:**

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

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

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

**3. Zalecana terapia, wsparcie medyczno-rehabilitacyjne, wskazany sprzęt specjalistyczny, inne działania:**

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

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

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

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

miejscowość, data pieczęć i podpis lekarza