

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA UCZNI
w sprawie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Parczewie
zgodnie z Rozporządzeniem MEN z dnia 07. 09.2017r., (Dz. U. z 2017r., , poz. 1743) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych
przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

Pesel.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

1. Ocena wyniku leczenia i rokowania

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczęć i podpis lekarza/