…….
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

dla potrzeb Zespołu Orzekającego

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. z 2017 r., poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka …….

Data urodzenia ……...

Miejsce zamieszkania …….

1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące

.....

.....

.....

.....

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

.....

.....

.....

.....

.....

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania

.....

.....

.....

…….
(miejscowość, data)

…….
(pieczątka i podpis lekarza)