



.....
pieczętka zakładu
lub prywatnej praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Publicznej Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Grudziądzu**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017.1743)

DOTYCZY WYDANIA OPINII O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

Dla dziecka/ucznia:

.....Ul.....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.*