



.....  
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 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017.1743)

**DOTYCZY WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE ZAJĘĆ REWALIDACYJNO - WYCHOWAWCZYCH**

**Dla dziecka/ucznia:**

.....ulr.....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. Forma realizowanych zajęć: **indywidualna/grupowa** (odpowiednio podkreślić)

2. Niezbędny sprzęt specjalistyczny do realizacji zajęć:

.....  
3. Zalecenia dotyczące realizacji zajęć:

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego