

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego PP-P w Płońsku
dotyczące wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-
wychowawczych indywidualnych/zespołowych*

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

PESEL dziecka

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Rozpoznanie (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania):

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

Stan zdrowia (objawy choroby, leki, inne czynniki ograniczające prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie zajęć grupowych)

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

Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb edukacyjnych:

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

Pieczęć i podpis lekarza

**właściwe podkreślić*