

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Płońsku

Podstawa prawna: rozporządzenie 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.2017poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno - wychowawczych **wskazane w formie** (właściwe podkreślić):

INDYWIDUALNIE

ZESPOŁOWO

2. **Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

3. **Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia

4. **Stan zdrowia** (podjęta lub zalecana terapia, leki, inne czynniki ograniczające prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie zajęć grupowych)

5. **Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb edukacyjnych**

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)