

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia

dla potrzeb zespołu orzekającego w PPP w Policach ubiegającego się o:
kształcenie specjalne

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie
orzeczeń wydawanych przez publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne (Dz.U poz.1743)

Imię i nazwisko..... ur.

Miejsce zamieszkania.....

1. Informacje ogólne o stanie zdrowia

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

2. Przewlekłe choroby, opieka lekarzy specjalistów (wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych- ICD)

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

3. Inne

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza