

.....
/pieczętka placówki opieki zdrowotnej/

.....
/data/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wodzisławiu Śl.

w celu wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Imię i nazwisko dziecka: ur.

Miejsce zamieszkania

Diagnoza medyczna, przebieg choroby, zastosowane leczenie:

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

Realizacja zajęć w formie:*

indywidualnej

zespołowej

Niezbędny w procesie edukacyjno-wychowawczym sprzęt specjalistyczny:

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

.....
/pieczętka i podpis lekarza/

Podstawa prawna:

Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016r. art.127 ust.18 (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082 z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017r. (Dz.U. z 2017r. poz. 1743 z późn. zm.) ws. orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych.

*właściwe podkreślić