

.....  
/pieczęć placówki medycznej/

WZÓR

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

Wypełnia się dla uczniów wobec których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno – wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju.

Imię i Nazwisko..... ur. ....

PESEL .....

Miejsce zamieszkania.....

**Choroba główna oraz choroby współistniejące**

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

**Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia**

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

**Ocena wyniku leczenia i rokowania**

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

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)