

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 5 w Łodzi w związku
z ubieganiem się o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub
o opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju**

Podstawa prawna: § 6 ust. 3 rozporządzenia 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. z 2017 r., poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

data ur.**w**

Prosimy o czytelne pismo i wyraźne pieczątki

Oznaczenie alfanumeryczne zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) :

.....

Rozpoznanie:

.....

.....

.....

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka wynikające ze stwierdzonej niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęćka i podpis lekarza