

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(wypełnia lekarz psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii)

dla potrzeb Zespołów Orzekających Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych - wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i nazwisko..... data ur.....

Pesel:..... Miejsce zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza)