



.....
(pieczęć placówki medycznej)

....., dnia:.....
(miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
DLA POTRZEB PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W BRZESKU**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/UCZNIA.....

PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

CZĘŚĆ II – wypełnia się w celu uzyskania (podkreślić właściwe):

- ☐ Orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
- ☐ Opinii o wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka
- ☐ Orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych: indywidualnych*/zespołowych*

1. Rozpoznanie choroby i (jeśli istnieje) rodzaj stwierdzonej niepełnosprawności:

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

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole:

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

3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)