

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć zakładu)

## Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E

/wydaje się na potrzeby zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, w oparciu o Rozp. MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z dnia 14.09.2017 r., poz. 1743)/

**Imię i nazwisko dziecka** .....

Data urodzenia .....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**1. Stan zdrowia dziecka, choroba główna oraz choroby współwystępujące (rozpoznanie choroby z oznaczeniem ICD):**

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

**2. Bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka wynikające ze schorzenia/niepelnosprawności.**

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

**3. Określenie czasu, w którym stan zdrowia ucznia utrudnia/ uniemożliwia \* uczęszczanie do szkoły (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny).**

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

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\* Niepotrzebne skreślić