

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Tucholi

ul. Piastowska 30

89-501 Tuchola

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

o stanie zdrowia dziecka/ucznia

na potrzeby kształcenia specjalnego/zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

(wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej
na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Tucholi , działającego na podstawie 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.2017.1743)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzeniaPESEL.....

Adres zamieszkania dziecka/ucznia.....

Przedszkole/szkołaklasa.....

1. Zdrowy TAK / NIE (Jeśli nie proszę wypełnić poniżej)

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

ICD

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

(miejscowość, data)

(pieczęć placówki medycznej)

(pieczętka i podpis lekarz