

.....  
pieczętka zakładu  
lub prywatnej praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\*

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
w Bytowie**

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)

### DOTYCZY WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO

**Dla dziecka/ucznia:**

.....ur.....w.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

**PESEL:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Zamieszkały/a** .....  
(adres)

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

ICD .....

--

Pełna nazwa jednostki chorobowej:

.....  
**1. Czy dziecko wymaga środków pomocniczych, dostosowania warunków pracy i nauki- jakich?**

.....  
.....

**2. Zalecenia dotyczące nauki:**

.....  
.....

**3. Jeżeli zachodzi potrzeba, należy określić zakres realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych indywidualnie z dzieckiem lub uczniem lub w grupie liczącej do 5 dzieci lub uczniów – (w przypadku dziecka lub ucznia napotyającego na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym, wraz z uzasadnieniem):**

.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego