



**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA**

ul. Dworcowa 17, 34 – 360 Milówka,

tel. 33 864 21 25

[www.poradniamilowka.pl](http://www.poradniamilowka.pl) e-mail: [sekretariat@poradniamilowka.pl](mailto:sekretariat@poradniamilowka.pl)

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
o stanie zdrowia  
dla potrzeb Zespołu Orzekającego w celu  
wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych**

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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. z 2017 r., poz. 1743).

**Imię i nazwisko**.....

**Data i miejsce urodzenia**.....

**Miejsce zamieszkania**.....

**Opis stanu zdrowia – rozpoznanie choroby (choroba główna oraz choroby współwystępujące), oznaczenie alfanumeryczne wg ICD**

Rozpoznanie	Oznaczenie alfanumeryczne wg ICD

Na podstawie diagnozy medycznej stwierdza się, że zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze powinny być realizowane w formie – właściwe podkreślić:

**indywidualnej**

**zespołowej**

.....  
pieczęć i podpis lekarza