



PPP MIŁÓWKA

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA

ul. Dworcowa 17, 34 – 360 Miłowka

tel. 33 864 21 25

www.poradniamilowka.pl e-mail: sekretariat@poradniamilowka.pl

.....
(pieczętka placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE *
o stanie zdrowia dziecka/ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego

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 dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż 1 rok szkolny,
w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie
do przedszkola/szkoły/placówki:

od do

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego powodujące, że stan zdrowia dziecka/ucznia
uniemożliwia / znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły/placówki:

Rozpoznanie	Oznaczenie alfanumeryczne wg ICD

Opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole/placówce wynikający z choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka, podpis lekarza)

* wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

** właściwe podkreślić