

.....  
( pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla uczniów w stosunku dla których będzie prowadzone postępowanie orzekające **dotyczące kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno – wychowawczych, wczesnego wspomaganie rozwoju.**

Imię i nazwisko dziecka.....

Miejsce zamieszkania.....

**1. Zaświadczenie o stanie zdrowia ( 6 ust. 4 Rozporządzenia )**

Choroba główna oraz choroby współwystępujące

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

Uzasadnienie tj. wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których uczeń powinien być objęty kształceniem specjalnym

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)