.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Radzyniu Podlaskim

(wczesne wspomaganie rozwoju dziecka, kształcenie specjalne, zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze)

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (§6 ust.3, Dz.U. 2023 r. poz.2061)

Imię i nazwisko ..... **ur**. .....

Miejsce zamieszkania .....

1. **Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyką Klasyfikacyjną Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).

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

....
(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)