

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego**  
**w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej**  
**Rydzyna, Plac Zamkowy 2**

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30.09.2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. nr 173, poz. 1072 z późniejszymi zmianami)

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia:** .....

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

**Miejsce zamieszkania:** .....

**Dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**  
**zespołowych / indywidualnych**

1. **Stwierdzenie czy dziecko/uczeń wymaga zajęć rewalidacyjno - wychowawczych stosowania specjalnych metod pracy ( proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź)**

**TAK**

**NIE**

na okres ..... \*

2. **Diagnoza (choroba główna oraz choroby współwystępujące):**

- a) **opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:**

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

- b) **ocena wyniku leczenia i rokowania**

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

**c) zalecane formy usprawniania**

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

\* do 5 lat

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)