

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/ucznia starającego się o orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 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..... urodzony..... w.....

Miejsce zamieszkania.....

### 1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące

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

### Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

### Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

### 2. Określenie, czy dziecku/uczniowi niepełnosprawnemu jest w procesie kształcenia niezbędny sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne, a jeśli tak, to jakie?

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

### 3. Określenie, czy zachodzi potrzeba realizowania zajęć w formie

**indywidualnej      zespołowej**  
(właściwe podkreślić)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)