

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(data)

Z A Ś W I A D C Z E N I E

o stanie zdrowia dziecka / ucznia ** w stosunku do którego będzie przeprowadzone postępowanie dotyczące wczesnego wspomaganie rozwoju, kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych** dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. Nr 173 poz.1072 z dnia 30 września 2008 roku)
(wypełnia lekarz)*

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(przedszkole / szkoła)

1.Rozpoznanie:.....
.....
.....
.....

2.Przebieg badania specjalistycznego:.....
.....
.....

4.Informacja o wspomaganie farmakologicznym i jego skutkach mogących mieć wpływ na samopoczucie dziecka, jego funkcjonowanie:.....
.....
.....

3.Ocena wyniku leczenia i rokowania:.....
.....
.....

.....
Data i miejsce wystawienia

.....
Pieczęć i podpis lekarza

* Rzetelne i czytelne wypełnienie zaświadczenia stanowi podstawę jego rozpatrzenia przez Zespół Orzekający PPP
** właściwe podkreślić