

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
załącznik do wniosku Rodzica lub Pełnoletniego Ucznia składanego do Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 4 w Gdańsku
o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

PESEL dziecka/ucznia:

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

.....
.....

Choroby współistniejące :.....

.....
.....

2. Informacje na temat przebiegu i objawów choroby oraz dotychczasowego leczenia
ważne z punktu widzenia funkcjonowania dziecka w placówce uzasadniające potrzebę
kształcenia specjalnego:

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

3. Przyjmowanie leków mających wpływ na proces uczenia się:

.....

4. Uwagi/zalecenia:

.....
.....

pieczęć i podpis lekarza