

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia dziecka/ucznia  
ubiegającego się o orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych  
kierowane do Zespołu Orzekającego  
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Starogardzie Gdańskim**

(zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych - Dz.U. z 2017, poz.1743)

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(imiona i nazwisko rodziców)

.....  
(data urodzenia dziecka)

.....  
(miejsce urodzenia dziecka)

.....  
(adres zamieszkania dziecka)

1. Diagnoza stanu zdrowia dziecka/ucznia wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD lub informacje dotyczące problemów zdrowotnych stanowiących ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia:

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia (*od kiedy dziecko/uczeń posiada dokumentację medyczną, ocena wyników leczenia, rehabilitacji, rokowania, możliwości poprawy*):

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

3. Czy zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze mają być realizowane\* :

- a) indywidualnie - w domu rodzinnym dziecka/ucznia
- b) grupowo - na terenie placówki specjalistycznej

\* właściwe podkreślić

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)