

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Kartuzach
83 – 300 Kartuzy, ul. Kolejowa 17, (58) 736-63-74, sekretariat@pppkartuzy.pl

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy przyznania kształcenia specjalnego dla ucznia:

..... |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, (imię i nazwisko) (PESEL)

urodzony w , (data) (miejsowość)

zamieszkałego w , (adres)

Rozpoznanie: (diagnoza i symbol niepełnosprawności),

Symbol ICD 10

--	--	--	--

Choroby współwystępujące:

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

Czy istnieje potrzeba realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych indywidualnie z dzieckiem lub uczniem lub w grupie liczącej do 5 dzieci lub uczniów, jeżeli tak to w jakim zakresie:

Przyjmowanie leków mających wpływ na proces uczenia się:

Uwagi/zalecenia:

.....
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)