

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

*działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 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).*

***Dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych i opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.***

**Imię i nazwisko dziecka.....**

**Data i miejsce urodzenia.....**

**Miejsce zamieszkania.....**

**Choroba główna oraz choroby współwystępujące, ocena wyniku leczenia, rokowania**

.....  
.....

*Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. (Dz. U. z 2017 r., poz.1578) w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie zagrożonych niedostosowaniem społecznym w wyniku diagnozy lekarskiej stwierdza się:*

1.  zagrożenie niedostosowaniem społecznym

2.  niedostosowanie społeczne

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza)