

**Załącznik do wniosku o wydanie opinii o potrzebie
wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka**

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na
podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego o stanie zdrowia
dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni
Psychologiczno – Pedagogicznej nr 24**

Podstawa prawna: rozporządzenie 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.2017poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____

Numer PESEL: _____

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym
zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka

(miejsowość, data)

(pieczęć i podpis lekarza)