

.....  
/pieczętka placówki opieki zdrowotnej/

.....  
/data/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego**  
**w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wodzisławiu Śl.**

**w celu wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

Imię i nazwisko dziecka: ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

Diagnoza medyczna, przebieg choroby, zastosowane leczenie:

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

Realizacja zajęć w formie:\*

**indywidualnej**

**zespołowej**

Niezbędny w procesie edukacyjno-wychowawczym sprzęt specjalistyczny:

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

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/

**Podstawa prawna:**

Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016r. art.127 ust.18 (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082 z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017r. (Dz.U. z 2017r. poz. 1743 z późn. zm.) ws. orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych.

\*właściwie podkreślić