Miejscowość………………………

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Data………………………………

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rabce-Zdroju

*(podstawa prawna : Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach- Dz.U z 2017r. poz. 1591)*

Imię i nazwisko dziecka: …………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ……………………………………..................................................................................

Adres zamieszkania: …………………………………………………………..........................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................

1. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Data rozpoczęcia leczenia specjalistycznego:

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

1. Ocena wyniku leczenia i ewentualne rokowania:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole; w tym podczas zajęć z klasą lub grupą przedszkolną:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych w klasie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

….………………………………… ………………………………………..

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)