

.....  
pieczęć placówki medycznej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**w związku z ubieganiem się**  
**o opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka**

*(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: tekst jednolity Dz. U. z 2023 r., poz. 2061)*

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL.....

**STWIERDZA SIĘ WYSTĘPOWANIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZGODNIE  
Z DIAGNOSTKĄ ICD – 10 (diagnoza i symbol niepełnosprawności)**

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

Zachodzi potrzeba zorganizowania zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza