…………………………………………………

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

*( w sprawie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych indywidualnych*)

*Podstawa: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1643)*

Imię i Nazwisko dziecka/ucznia/wychowanka

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

Data urodzenia………………………………………………………………………………………………………………………

Miejsce urodzenia……………………………………………………………………………………………………………………

PESEL dziecka/ucznia………………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z ICD…………………………

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

Wskazanie przyczyn wynikających ze stanu zdrowia, wskazujących na potrzebę objęcia zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi indywidualnymi

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

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

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

Określenie czasu, w jakim dziecko/uczeń/wychowanek będzie wymagał objęcia zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi[[1]](#footnote-1)……………………………………………………………………………………………

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

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)

1. Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydaje się na okres do 5 lat [↑](#footnote-ref-1)