.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Imię i nazwisko dziecka lub ucznia .....
PESEL .....
Data i miejsce urodzenia .....
Miejsce zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD
……...
……...

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dzieckalub ucznia
……...
...……
……...
……...
……...

Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny
……...
……...
……...
……...
……

Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w ramach kształcenia specjalnego (w przypadku dziecka lub ucznia napotykającego na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym):

1. w grupie do 5 osób
……...
……..
2. indywidualnie z uczniem.
……...
……..

..... ……
(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)