Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Kartuzach
83 - 300 Kartuzy, ul. Kolejowa 17 , tel. (58) 736-63-74. e - mail: ppp-kartuzy@wp.pl

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) . . . . . ., dnia . . . . . r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy przyznania **kształcenia specjalnego dla ucznia**:

. . . . . |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(imię i nazwisko) *(PESEL)*

urodzonego . . . . . w . . . . . ,
(data) *(miejscowość)*

zamieszkałego w . . . . . ,
(adres)

Rozpoznanie: *(diagnoza i symbol niepełnosprawności),*
Symbol ICD 10 | | | | |

. . . . . .
Choroby współwystępujące:
……
……
Informacje na temat przebiegu i objawów choroby oraz dotychczasowego leczenia ważne z punktu widzenia funkcjonowania dziecka w szkole uzasadniające potrzebę kształcenia specjalnego:
……
……
……
……
Czy istnieje potrzeba realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych indywidualnie z dzieckiem lub uczniem lub w grupie liczącej do 5 dzieci lub uczniów, jeżeli tak to w jakim zakresie:

……
……
……
……
……
Przyjmowanie leków mających wpływ na proces uczenia się:
……
……
……
Uwagi/zalecenia:
.....
.....
.....

. . . . . .
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)