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

(pieczęćplacówki medycznej) (data)

**Z A ŚW I A D C Z E N I E**

o stanie zdrowia dziecka / ucznia \*\* w stosunku do którego będzie przeprowadzone postepowanie dotyczące wczesnegowspomagania rozwoju, kształcenia specjalnego, zajęćrewalidacyjno-wychowawczych\*\* dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 roku w sprawie orzeczeńi opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. Nr 173 poz.1072 z dnia 30 września 2008 roku)

(wypełnia lekarz)\*

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

(imięi nazwisko dziecka) (data urodzenia)

…………………………………………………………………………………………………

(adres zamieszkania)

…………………………………………………………………………………………………

(przedszkole / szkoła)

1.Rozpoznanie:…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2.Przebieg badania specjalistycznego:…………………………………………………

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

4.Informacja o wspomaganiu farmakologicznym i jego skutkach mogących miećwpływ na

samopoczucie dziecka, jego funkcjonowanie:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

3.Ocena wyniku leczenia i rokowania:……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………… …………… …………………………….

Data i miejsce wystawienia Pieczątka i podpis lekarza

\* Rzetelne i czytelne wypełnienie zaświadczenia stanowi podstawę jego rozpatrzenia przez Zespół Orzekający PPP

\*\* właściwe podkreślić