



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna im. Stefana Szumana w Bochni

.....
(pieczętka placówki medycznej)

....., dnia:.....
miejsowość

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI
DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO-
PEDAGOGICZNEJ
IM. STEFANA SZUMANA W BOCHNI**

w związku z ubieganiem się o **opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju**

Zaświadczenie wydaje się dla poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/UCZNI:.....

PESEL:.....

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA/UCZNI:.....

1. **Stwierdzenie niepełnosprawności dziecka** (określenie stanu zdrowia; choroba główna oraz choroby współwystępujące)

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

.....
/pieczętka i podpis lekarza/