

Pieczętka nagłówkowa placówki

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

SPECJALISTY ORTOPEDY/SPECJALISTY REHABILITANTA/CHIRURGA

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno –
Pedagogicznej

Imię i nazwisko ucznia

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie- stopień zaawansowania schorzenia (ograniczenia w sferze ruchowej)

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

Zastosowane leczenie/rehabilitacja, rokowania

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

Zalecenia dotyczące edukacji (czy dziecko wymaga specjalnej organizacji nauki i metod pracy).

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

.....
Podpis i pieczęć lekarza