

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejscowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 3 w Gdyni)  
proszę zaznaczyć właściwe

- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.

ICD

2. Choroby współistniejące:

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, wyniki badań, data rozpoczęcia leczenia.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)