

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni**  
**Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 2 w Radomiu w przypadku ubiegania się**  
**o opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka**

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017 r. (Dz. U. z dnia 14.09.2017 r. poz. 1743 w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz art. 127 ust. 10 Ustawy z dnia 14.12.2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949).

.....  
**Imię i nazwisko dziecka:**

.....  
**Data i miejsce urodzenia:**

.....  
**Miejsce zamieszkania:**

**1. Diagnoza lekarska określająca niepełnosprawność dziecka:**

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

**2. Opis przebiegu choroby oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka:**

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

**3. Data rozpoczęcia leczenia:**

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

**4. Ocena wyniku leczenia i rokowania:**

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)