

## ZAJĘCIA REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZE

.....  
/pieczęć placówki medycznej/

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej

podstawa prawna:

- § 6. ust. 4 *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 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)*
- *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia .2013 r. w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (Dz. U. z 2013 r. poz. 529).*

Imię i Nazwisko ..... ur. ....

Adres zamieszkania .....

1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące (aktualny stan somatyczny)

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

2. Ocena wyniku leczenia i rokowań

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

3. Stan zdrowia uzasadnia potrzebę prowadzenia zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w formie (podkreślić właściwe):

- zespołowej
- indywidualnej

4. Okres, w którym stan zdrowia dziecka uzasadnia potrzebę prowadzenia zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w formie indywidualnej (nie dłużej niż 5 lat)

.....  
.....

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczęćka i podpis lekarza/