

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego  
poradni psychologiczno-pedagogicznej

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych Dz. U. Nr 173 z dnia 30. 09. 2008 r. poz. 1072

.....  
Imię i nazwisko oraz data i miejsce urodzenia ucznia

Miejsce zamieszkania .....

Rozpoznanie:

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

Z uwagi na powyższe schorzenie dziecko można / nie można\* zaliczyć do uczniów niepełnosprawnych ruchowo

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*niepotrzebne skreślić