

Druk zaświadczenia zawierającego orzeczenie o stanie zdrowia dziecka z niepełnosprawnością ruchową
w tym afazji

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**(wypełnia lekarz neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji
medycznej)**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach

Imię i nazwisko

Data i miejsce ur.

Pesel

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym,
zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych
(ICD):

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)