

Druk zaświadczenia dla dziecka/ucznia, w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego z uwagi na spektrum autyzmu w tym zespole Aspergera

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(wypełnia lekarz psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii)
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)