

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
Nr identyfikacyjny, REGON

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w
Krośnie
w sprawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
ze względu na afazję

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia:

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

.....
.....

2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, utrudniające naukę:

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

3. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli wynikające ze stanu zdrowia:

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

.....
podpis i pieczęć lekarza