(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i Nazwisko: …….. ur. ……

Miejsce zamieszkania …….

I . *Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia*

1. Rozpoznanie choroby **zgodnie z klasyfikacją ICD-10** lub innego problemu zdrowotnego i wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia
……
……
……
……
……
……
……
……
……

3.Ocena wyniku leczenia i rokowania
……
……
……
……
……
……
…….....

…… ……..
/ Miejscowość, data / / pieczątka i podpis lekarza/