

.....  
pieczętka zakładu

.....  
miejsowość, data

**ZAŚWIADCZENIE  
O STANIE ZDROWIA DZIECKA  
w sprawie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych  
kierowane do Zespołu Orzekającego  
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Sosnowcu**  
zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych  
przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych  
(Dz. U. z 2017 r. poz. 1743)

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka)

**Rozpoznanie:**  
niepełnosprawność podstawowa:

.....  
.....

Choroby współistniejące:

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

Od kiedy dziecko jest pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (podać datę):  
.....

Wskazane\*:

1. zajęcia rewalidacyjno - wychowawcze zespołowe
2. zajęcia rewalidacyjno- wychowawcze indywidualne

uzasadnienie potrzeby zajęć rewalidacyjno - wychowawczych indywidualnych:

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

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

\*właściwe podkreślić