

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu opiniującego  
*Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Tęczowa“*  
*z siedzibą w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Polna 13/13a*

działającego na podstawie art. 71b ust. 2a, 3a, ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty  
(Dz. U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572, z późn. zm.)

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL.....

Miejsce zamieszkania .....

.....

Choroba główna oraz choroby współwystępujące

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)