

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E**  
**o stanie zdrowia dziecka**

**Dane dziecka:**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....miejsce urodzenia .....

PESEL DZIECKA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania.....

**I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:**

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

ICD- \_\_\_\_\_

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

wskazuje na zagrożenie niepełnosprawnością\*     nie wskazuje na zagrożenie niepełnosprawnością\*

**WYMAGA OBJĘCIA POMOCĄ:**

Fizjoterapeuty/rehabilitanta\*

Psychologa\*

Pedagoga\*

Logopedy\*

*\*właściwie zaznaczyć*

**II. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:**

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

**III. Ocena wyniku leczenia i rokowania:**

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

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczętka i podpis lekarza