

.....
(pieczęć zakładu/gabinetu lekarskiego)

data

**Zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów rozpatrzenia wniosku o wydanie
orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**
(wypełnia lekarz)

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

Szkoła

Rozpoznanie:

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

**Uzasadnienie
potrzeby kształcenia specjalnego**

Z uwagi na:

.....
(pieczęć i podpis lekarza)