

.....
Chełm, dnia.....

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia na potrzeby zespołu opiniującego

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia.....PESEL.....

1. PRZEBYTE CHOROBY I URAZY:.....

.....

.....

2. AKTUALNIE WYSTĘPUJĄCE DOLEGLIWOŚCI, STAN ZDROWIA : objawy choroby, leki,

inne czynniki, które ograniczają funkcjonowanie ucznia, dziecka, w następujący sposób (np.:

senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastrojów, agresja, podatność na infekcje itp.):

.....

.....

.....

.....

3. SZCZEGÓLNE ZALECENIA:.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

NIEPUBLICZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA

"ARKA PRZYSZŁOŚCI "

www.poradnia.arka.chelm.pl
arka@arka.chelm.pl

tel. 82 542 14 72
tel./fax 82 565 55 05