

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub lekarza praktykującego  
Indywidualnie  
Nr identyfikacyjny REGON

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** **DOTYCZY PRYZNANIA KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO**

Podst. prawna: Rozporządzenie 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 2023 r. poz. 2061)

dla:

.....  
( imię i nazwisko )

.....  
( data i miejsce urodzenia )

Adres zamieszkania

.....  
Ze względu na występującą niepełnosprawność:

.....  
.....  
.....  
.....  
- określenie specyficznych warunków realizacji potrzeb edukacyjnych, w tym sprzęt specjalistyczny:

.....  
Pieczęć i podpis lekarza  
Przeprowadzającego badanie

.....  
miejscowość

dnia.....r.