



## Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych Powiatu Żarskiego

68-200 Żary, ul. Wrocławska 5, tel./fax 68 479 43 83  
68-300 Lubsko, ul. Pokoju 1c, tel./fax 68 459 77 33, 35-34

e-mail: sekretariat@pppzary.pl  
e-mail: lubsko@pppzary.pl

<http://www.pppzary.pl>

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** **o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego w sprawie** **zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

działając na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (Dz. U. z 2013r. poz. 529).

Imię i nazwisko .....ur.....

Miejsce zamieszkania .....

**1. Stwierdzenie czy dziecko wymaga indywidualnych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych** (proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź)

**TAK**

**NIE**

**2. Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły.**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)