

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łańcucie  
BADANIE PEDIATRYCZNE**

Imię i nazwisko dziecka .....

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

Adres .....

**1. Przebyte choroby i urazy oraz zabiegi operacyjne:**

- a. do 1 roku życia .....
- b. do 3 roku życia .....
- c. po 3 roku życia .....

**2. Czy jest/było pod opieką specjalistyczną:    TAK            NIE**

- jaka ..... od kiedy ..... do .....
- jaka ..... od kiedy ..... do .....
- jaka ..... od kiedy ..... do .....
- jaka ..... od kiedy ..... do .....

**3. Rozwój fizyczny:**

- a. wiek fizjologiczny .....
- b. wysokość ciała .....centyl.....
- c. ciężar ciała .....centyl .....
- d. obwód głowy .....centyl .....

**4. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)**

.....  
.....

**5. Ograniczenia w funkcjonowaniu wynikające z ww rozpoznania** .....

.....  
.....

**6. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli** wynikające z przebiegu choroby i procesu terapeutycznego .....

.....  
.....

**7. Konieczność dostosowania w zakresie:** sprzętu specjalistycznego, budynku, stanowiska nauki, środków dydaktycznych .....

.....

pieczęć i podpis lekarza .....