

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY
dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Łąncucie
w sprawie orzeczenia o kształceniu specjalnym dla uczniów z autyzmem/Zespołem Aspergera

Imię i nazwisko pacjenta

ur..... zam.....

1. Rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

.....

2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia

.....

.....

.....

3. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli wynikające ze stanu zdrowia i leczenia

.....

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza