



ZESPÓŁ PORADNI NR 1
PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 5

20-143 Lublin, ul. Magnoliowa 8, tel./fax (81) 747 35 26
www.zp1.lublin.pl; e-mail: poczta@zp1.lublin.eu

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia na potrzeby **zakwalifikowania do zindywidualizowanej ścieżki kształcenia***

(*prosimy o czytelne wypełnienie zaświadczenia)

Imię i nazwisko ucznia:

Numer PESEL:

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

Informacja o stanie zdrowia

- Diagnoza – rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego z podaniem oznaczenia alfanumerycznego **według klasyfikacji ICD**; opis choroby, rokowanie

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

- Jakie ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia powoduje choroba lub proces terapeutyczny

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

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza