

Uwaga: zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia.

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość: .....

Data: .....

***Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka  
wydane dla potrzeb  
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności***

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego:**

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

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:**

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

**4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:**

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

**5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:**

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

**6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)**

.....  
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie