

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

Wrocław, dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

dla potrzeb Zespołu Orzekającego PPP nr 1 Wrocław

Zaświadczenie wydaje się dla Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w celu wydania orzeczenia na podstawie § 6 ust.5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017 r., poz.1743).

W związku z ubieganiem się o **orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego** dla dziecka/ucznia

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Pesel .....

Miejsce zamieszkania .....

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

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

.....  
*Administratorem danych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1 we Wrocławiu , ul. Kościuszki 31/1. Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: [inspektor@coreconsulting.pl](mailto:inspektor@coreconsulting.pl) lub **CORE Consulting sp. z o.o., ul. Krasińskiego 16 60-830 Poznań**. Dane podane na formularzu będą przetwarzane w celu procedowania wniosku. Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych znajdziesz na [www.ppp1.wroc.pl](http://www.ppp1.wroc.pl).*

**Zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)