

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
ucznia dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej**

Imię i nazwisko: ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Zaświadczenie o stanie zdrowia

1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

.....  
/miejscowość, data/

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/