



*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej*

....., dnia .....  
*miejsowość, data*

**UWAGA! ZAŚWIADCZENIE WAŻNE 30 DNI OD DATY  
WYPEŁNIENIA**

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

<b>DANE DZIECKA:</b>	
<b>Imię i nazwisko dziecka</b>	
<b>Data urodzenia dziecka</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:</b>	
<b>2. Przebieg schorzenia podstawowego:</b>	
<b>3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:</b>	

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

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

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza