

Opis przebiegu choroby i dotychczasowej leczenia: (od kiedy dziecko/uczeń posiada dokumentację medyczną, ocena wyników leczenia, rokowania, możliwości poprawy i inne).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Od kiedy dziecko/uczeń jest pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie

Data :

Czy zajęcia rewalidacyjno – wychowawcze mają być realizowane:

- a) indywidualnie – w domu rodzinnym dziecka/ucznia
- b) grupowo – na terenie placówki specjalistycznej

.....
/pieczętka i podpis lekarza/