

Inne problemy zdrowotne stanowiące ograniczenia rozwojowe dla dziecka/ucznia:

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

2. Od kiedy dziecko/uczeń jest pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie

Data :

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

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

.....
/pieczętka i podpis lekarza/