

.....
Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko ucznia

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Rozpoznanie (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania) :

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

Stan zdrowia: objawy choroby, leki, inne czynniki ograniczające prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie klasowo-lekcyjnym w następujący sposób (senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastroju, agresja, podatność na infekcje...):

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

.....
miejsceowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza