(pieczęć placówki medycznej)

INFORMACJA DOTYCZĄCA DZIECKA LUB UCZNIA
OBJĘTEGO OPIEKĄ PSYCHIATRYCZNĄ LUB LECZENIEM UZALEŻNIEŃ

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ustrzykach Dolnych

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 428) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych z uwagi na stan zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203).

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: ……..…….…….…….....

Data i miejsce urodzenia dziecka/ ucznia: ……...

Miejsce zamieszkania dziecka/ ucznia: ……..……...

Zalecenia do pracy z dzieckiem/ uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, do której dziecko lub uczeń uczęszcza:

……...

……...

……...

……...

……...

……...

……...

……...

……...

……...

……...

……...

……...

……...

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego*)

* osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego (§6 ust.6 pkt.3 rozporządzenie)