

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O STANIE ZDROWIA UCZNIĄ UBIEGAJĄCEGO SIĘ O OPINIĘ PORADNI
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Choroba główna oraz choroby współwystępujące.....

.....

.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia.....

.....

.....

Ocena wyniku leczenia i rokowania.....

.....

.....

Przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania zawodu.....

.....

.....

.....