

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku o wydanie opinii o specyficznych trudnościach w nauce

Podstawa prawna: art. 4 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043 i 1160).

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia.....**Miejsce urodzenia**.....

Miejsce zamieszkania.....

Stwierdzam / nie stwierdzam* występowania schorzeń neurologicznych
u w/w pacjenta.

* właściwe podkreślić

.....
miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza