

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o niemożności przybycia dziecka na posiedzenie składu orzekającego

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Zamieszkała/y.....

jest niezdolne przybyć na posiedzenie zespołu do spraw orzekania
o niepełnosprawności z powodu

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

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności w Suchej Beskidzkiej w celu wydania
orzeczenia o niepełnosprawności dziecka.

.....

(Pieczęć i podpis lekarza)