



## Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Dębicy

39 – 200 Dębica ul. Parkowa 28 tel. /fax. 14 670 24 60

e – mail; [sekretariat@poradniadebica.pl](mailto:sekretariat@poradniadebica.pl) [www.poradniadebica.pl](http://www.poradniadebica.pl)

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017r. poz.1743 z późn. zm.)

Wypełnia się dla dzieci/uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego oraz wczesnego wspomaganie rozwoju.

**Imię i nazwisko** ..... **ur.** .....

**Miejsce zamieszkania** .....

**Uwaga:** Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym stwierdza się, że dziecko/uczeń wymaga kształcenia specjalnego jako osoba **(właściwie podkreślić):**

- 1) niepełnosprawna:
  - a) niesłysząca,
  - b) słabosłysząca,
  - c) niewidząca,
  - d) słabowidząca,
  - e) z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
  - f) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
- 2) niedostosowana społecznie (*podkreśla tylko lekarz specjalista psychiatrii*),
- 3) zagrożona niedostosowaniem społecznym (*podkreśla tylko lekarz specjalista psychiatrii*).

#### Stan zdrowia

Dziecko fizycznie zdrowe lub choroba główna i choroby współwystępujące  
(wraz z oznaczeniem alfanumerycznym ICD)

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

Opis przebiegu chorób i dotychczasowego leczenia

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

Ocena wyniku leczenia i rokowanie

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

Zalecany niezbędny w procesie leczenia sprzęt specjalistyczny

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

**Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka**

(dotyczy dzieci w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące wczesnego wspomaganie rozwoju, nie dłużej niż do podjęcia nauki w szkole)

.....  
.....

Uwagi

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)