



Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Dębicy

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

e – mail; sekretariat@poradniadebica.pl 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 2017 r. poz.1743)

Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno – wychowawczych lub wczesnego wspomaganie rozwoju.

Imię i nazwisko ur.

Miejsce zamieszkania

Uwaga: aby dziecko lub uczeń mógł zostać objęty kształceniem specjalnym w diagnozie lekarskiej musi znaleźć się stwierdzenie, że jest osobą: niesłyszącą lub słabosłyszącą, niewidomą lub słabowidzącą¹, z niepełnosprawnością ruchową (w tym z afazją), z autyzmem (w tym z zespołem Aspergera).

Stan zdrowia

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

Opis przebiegu chorób i dotychczasowego leczenia

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

¹ do grupy uczniów słabowidzących zalicza się tych, których ostrość widzenia po korekcie optycznej sięga 0,3 pełnej ostrości

Ocena wyniku leczenia i rokowanie

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

Zalecany niezbędny w procesie leczenia sprzęt specjalistyczny

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

Proponowany czas realizacji wczesnego wspomaganie rozwoju

(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)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)