



PORADNIA  
PSYCHOLOGICZNO  
PEDAGOGICZNA  
W DĘBICY

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 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 słabowidzącą<sup>1</sup>, z niepełnosprawnością ruchową (w tym z afazją), z autyzmem (w tym z  
zespołem Aspergera).

### Stan zdrowia

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

### Opis przebiegu chorób i dotychczasowego leczenia

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

<sup>1</sup> 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)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)