

.....
(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 wspomagania 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 **(właściwe podkreślić):**

- 1) niepełnosprawna:
 - a) niesłysząca,
 - b) słabosłysząca,
 - c) niewidząca,
 - d) słabowidząca¹,
 - e) z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
 - f) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
- 2) niedostosowana społecznie,
- 3) zagrożona niedostosowaniem społecznym.

Stan zdrowia

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

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

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

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 wspomagania rozwoju, nie dłużej niż do podjęcia nauki w szkole)

.....

.....

Uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)