



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 2023r. poz.2061 t.j.)

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 **(właściwe 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,
- 3) zagrożona niedostosowaniem społecznym.

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)