.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.

(wypełnia lekarz)

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz.1743 ze zm.)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:.....

Data i miejsce urodzenia: ……

PESEL: ……

Miejsce zamieszkania: .....

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia**
   (Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiejkolwiek formie tj. dotyczące: **kształcenia specjalnego** albo **zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**, albo **wczesnego wspomagania rozwoju**)*.

   *(*właściwe podkreślić)*

   Proszę o zakwalifikowanie choroby dziecka/ucznia do podanych niżej niepełnosprawności:

   Podstawa prawna: Rozporządzenie 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 (Dz. U. z 2020 r., poz.1309)

   - o dziecko/uczeń niesłyszące/y
   - o dziecko/uczeń słabosłyszące/y
   - o dziecko/uczeń niewidome/y
   - o dziecko/uczeń słabowidzące/y
   - o dziecko/uczeń z niepełnosprawnością ruchową
   - o dziecko/uczeń z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
   - o dziecko/uczeń z niepełnosprawnością intelektualną
   - o dziecko/uczeń z autyzmem, w tym z Zespołem Aspergera

a) Diagnoza (choroba główna i choroby współwystępujące):

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

b) Szczegółowy opis przebiegu choroby oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka:

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
c) Data rozpoczęcia leczenia:……
.....
.....
.....
d) Ocena wyniku leczenia i rokowania:……
.....
.....
.....
e) Dziecko/uczeń wymaga/ nie wymaga*:

- wczesnego wspomagania rozwoju
- kształcenia specjalnego
- zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

*(*właściwe podkreślić)*

…… (miejscowość, data)

……. (pieczątka i podpis lekarza)