

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

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)

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 jakiegokolwiek formie tj. dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, albo wczesnego wspomaganie rozwoju).

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 2017 r., poz.1578)

- dziecko/uczeń niesłyszące/y
- dziecko/uczeń słabosłyszące/y
- dziecko/uczeń niewidome/y
- dziecko/uczeń słabowidzące/y
- dziecko/uczeń z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
- dziecko/uczeń z niepełnosprawnością intelektualną
- 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:.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)