

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego przy Powiatowym Centrum Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Dzierżoniowie na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 173 poz. 1072)

Imię i nazwisko

ur. PESEL

Miejsce zamieszkania

Wypełnia się dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych lub wczesnego wspomagania rozwoju).

Stan zdrowia

(§ 6 ust. 3 i 4 rozporządzenia: choroba główna, choroby współistniejące)

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

Proszę zakreślić niepełnosprawność wymagającą specjalnej organizacji i metod kształcenia: niepełnosprawność ruchowa, w tym afazja, dziecko słabosłyszące, niesłyszące, dziecko słabowidzące, niewidome, autyzm, w tym Zespół Aspergera.

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

(data rozpoczęcia leczenia oraz aktualnego stanu zdrowia)

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

Ocena wyniku leczenia i rokowanie

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)