

.....
(pieczęć placówki medycznej)

..... dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO W PCPPP W DZIERŻONIOWIE

działającego na podstawie rozporządzenia 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 § 6 ustęp 4/.

Imię i Nazwisko dziecka/ucznia.....

Pesel

Adres zamieszkania dziecka/ucznia

Dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie:

- ☐ **kształcenia specjalnego**
- ☐ **zajęć rewalidacyjno - wychowawczych zespołowych/ indywidualnych**
- ☐ **wczesnego wspomagania rozwoju***

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD 10 (§ 6 ust.5 pkt 2):

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia – ważne z punktu widzenia funkcjonowania dziecka – uzasadniające potrzebę kształcenia specjalnego:

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

3. Potrzebny, z uwagi na chorobę/niepełnosprawność, niezbędny sprzęt specjalistyczny, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne:

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

4. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

5. Uwagi/zalecenia:

.....
.....

***właściwe zaznaczyć**

/miejscowość/

/pieczęć i podpis lekarza specjalisty/