

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
miejscowość, data wystawienia zaświadczenia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**(załącznik do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,
opinii wczesnego wspomaganie rozwoju)**

o stanie zdrowia dziecka lub ucznia

**wydane dla potrzeb zespołu orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świdniku
działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września
2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych
poradniach psychologiczno-pedagogicznych
(Dz.U. z 2017r., poz. 1743)**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

.....

1. Stan zdrowia dziecka/ucznia

Choroba główna oraz choroby współwystępujące

.....

.....

.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

.....

.....

.....

.....

.....

Ocena wyniku leczenia i rokowania

.....

.....

.....

.....

2. Na podstawie diagnozy medycznej oraz zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2017r., Poz. 1578) **stwierdza się** (właściwe podkreślić):

- 1) **niedostosowanie społeczne**
- 2) **zagrożenie niedostosowaniem społecznym**
- 3) **dziecko/uczeń wymaga specjalnych metod kształcenia jako osoba niepełnosprawna**

(właściwe podkreślić):

- a. niesłysząca,
- b. słabosłysząca,
- c. niewidoma,
- d. słabowidząca,
- e. z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
- f. z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim,
- g. z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym,
- h. z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
- i. z niepełnosprawnością sprzężoną:

(wskazać współwystępujące niepełnosprawności, o których mowa w literach a-h)

.....

.....

podpis i pieczęć lekarza