

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

podstawa prawna: rozporządzenie MEN 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 ur.

Miejsce zamieszkania

(wypełnia się dla uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające tj. dotyczące **kształcenia specjalnego albo wczesnego wspomaganie rozwoju***)

Rozpoznanie choroby

Tylko w przypadku rozpoznania wady wzroku, wady słuchu, naruszenia sprawności narządu ruchu **prosimy o umieszczenie w diagnozie zapisu stwierdzającego niepełnosprawność dziecka w kategoriach:** dziecko słabowidzące, niewidome, dziecko słabosłyszące, niesłyszące, niepełnosprawne ruchowo, dziecko z afazją lub stwierdzenie dziecko widzi / słyszy prawidłowo; jest sprawne ruchowo. **Prosimy nie stosować podkreśleń.**

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

choroby współistniejące

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia/terapii

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

Wskazania dotyczące specjalnej organizacji i metod pracy z dzieckiem

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

*właściwie podkreślić