

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość , data)

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

wypełnia się dla dzieci w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające
o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych*

Imię i nazwisko ur.

Miejsce zamieszkania.....

ROZPOZNANIE CHOROBY lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD 10**)

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

Wskazania dotyczące organizacji i metod pracy z dzieckiem:

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

STAN ZDROWIA DZIECKA wskazuje na potrzebę objęcia go zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi - proszę podkreślić właściwą formę.

✓ indywidualnymi

✓ zespołowymi

od roku szkolnego..... do roku szkolnego.....

proszę wskazać okres nie dłuższy niż 5 lat szkolnych: np. od roku szkolnego 2022/23 do roku szkolnego 202.../.....

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

***zajęciami rewalidacyjno- wychowawczymi obejmuje się dzieci z niepełnosprawnością intelektualna w stopniu głębokim.**