

(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka / ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

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. 2017, poz.1743)

*Wypełnia się dla dzieci / uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie dotyczące wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub zajęć rewalidacyjno – wychowawczych lub opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.*

Imię i nazwisko ..... ur. ....

Nr PESEL .....

Miejsce zamieszkania .....

Rozpoznanie (choroba główna i choroby współistniejące): .....

.....

.....

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia:

.....

.....

Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny:.....

.....

Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w przypadku dziecka lub ucznia napotykającego na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (wraz z uzasadnieniem):

1. w grupie do 5 osób

.....

2. indywidualnie z uczniem

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

....., dnia ..... r.