

.....
(Pieczęć zakładu/placówki)

.....
(Miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
działającego na podstawie §6 ust. 4 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).

dotyczy wydania
orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

dla.....ur.....w.....

(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

(data i miejsce urodzenia)

zamieszkałej/ego.....
.....

(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym,
zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób
i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

Wskazane kształcenie specjalne dla dzieci/uczniów (*właściwe podkreślić*):

- słabosłyszących/niesłyszących,
- słabowidzących/niewidomych,
- z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
- z autyzmem, w tym zespołem Aspergera,
- zagrożonych niedostosowaniem społecznym,
- niedostosowanych społecznie.

Zalecany sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, warunki realizacji potrzeb edukacyjnych
niezbędne w procesie kształcenia z uwagi na niepełnosprawność dziecka/ucznia (*nie dotyczy*
uczniów zagrożonych niedostosowaniem społecznym i niedostosowanych społecznie):

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

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty
lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej