.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
dotyczy wniosku o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju
dla celów rozpatrzenia przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 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 dziecka …….....

Data urodzenia ……miejsce urodzenia……...

Adres zamieszkania ……

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) – wykryta niepełnosprawność:

   ICD -

   …….
   …….
   Choroba główna oraz choroby współwystępujące, rokowania
   ……
   ……
   ……
   Ograniczenia utrudniające dziecku funkcjonowanie
   ……...
   ……..
   ……..
2. Określenie, czy dziecku niepełnosprawnemu jest niezbędny sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne, a jeśli tak, to jakie?
   …….
   …….
3. Inne istotne dla organizowania wczesnego wspomagania informacje
   …….
   …….

…….
(pieczątka i podpis lekarza)