

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/gabinetu lekarskiego)

.....  
(miejscowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**  
dla celów rozpatrzenia przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

**Podstawa prawna:** Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017 roku, poz. 1743).

.....  
(imię i nazwisko dziecka/ ucznia)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania)

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

.....  
.....  
.....  
W związku z rozpoznaną chorobą u dziecka/ucznia **stwierdza się następującą niepełnosprawność:**  
*(właściwe podkreślić)*

- niepełnosprawność intelektualną .....
- słabe widzenie
- niewidzenie
- słabe słyszenie
- niesłyszenie
- niepełnosprawność ruchową
- afazję
- autyzm
- zespół Aspergera

**Zalecenia medyczne** dotyczące rehabilitacji, specjalistycznej terapii oraz zaopatrzenia medycznego:

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)