…………………………………………………………… ………………………………………………

(pieczątka 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
* zagrożenie niedostosowaniem społecznym
* niedostosowanie społeczne

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

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

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

(pieczęć i podpis lekarza)