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

/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej /miejscowość, data/ lub prywatnej praktyki/

## Zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia dziecka/ucznia ubiegającego się o orzeczenie o potrzebie:

**kształcenia specjalnego,**

## zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zespołowych/indywidualnych, wczesnego wspomagania rozwoju\*

**kierowane do Zespołu Orzekającego**

## w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

(zgodnie z rozporządzeniem MEN 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, poz. 1743)

# ….......................................................................... ................................................

/imię i nazwisko dziecka/ucznia /imiona rodziców/

# ............................................................................. ................................................

/data urodzenia/ /miejsce urodzenia/

# .................................................................................................................................

/adres zamieszkania/

## Rozpoznanie

**Niepełnosprawność i/lub niedostosowanie społeczne** (uwzględniając: niepełnosprawność intelektualną, niepełnosprawność ruchową, w tym afazję, dysfunkcje słuchu, dysfunkcje wzroku, autyzm, w tym zespół Aspergera, zagrożenie niedostosowaniem społecznym)

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Inne problemy zdrowotne** stanowiące ograniczenia rozwojowe dla dziecka/ucznia:

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Opis przebiegu choroby i dotychczasowej leczenia:** (od kiedy dziecko/uczeń posiada dokumentację medyczną, ocena wyników leczenia, rokowania, możliwości poprawy i inne).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

/pieczątka i podpis lekarza/

\*) właściwe podkreślić