

.....  
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub prywatnej praktyki/

.....  
/miejscowość, data/

**Zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia dziecka/ucznia  
ubiegającego się o orzeczenie o potrzebie:  
kształcenia specjalnego,  
zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zespołowych/indywidualnych,  
wczesnego wspomaganie 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/

1. **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)**

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/

\*) właściwe podkreślić