ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
 DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

(§6 ust 4 rozporządzenia w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych)

**Imię i nazwisko..............................................................................PESEL……………………………….**

**Data i miejsce urodzenia................................................................... w………………………………….**

**Miejsce zamieszkania.................................................................................................................................**

1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące wraz z oznaczaniem alfanumerycznym zgodnym
z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10)

**jednostka chorobowa** : ....................................................................................................................................

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

 **KOD ICD 10**

2. **Rozpoznanie niepełnosprawności** (właściwe podkreślić)

niepełnosprawność: dziecko niesłyszące

niepełnosprawność: dziecko słabosłyszące

niepełnosprawność: dziecko niewidome

niepełnosprawność: dziecko słabowidzące

z niepełnosprawnością ruchową

niepełnosprawność: dziecko z afazją motoryczną

niepełnosprawność: dziecko z autyzmem

niepełnosprawność: dziecko z zespołem Aspergera

3.Czy dziecko wymaga stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy: tak nie

 Jeżeli tak: Specjalne warunki organizacji nauki w szkole, metody pracy:

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

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

 Formy usprawniania, w tym niezbędny sprzęt specjalistyczny:

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

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

 Wpływ niepełnosprawności dziecka/ucznia na funkcjonowanie w przedszkolu /szkole:

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

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

 miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza