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

dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

(§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.....

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

niepełnosprawność: dziecko z afazją motoryczną
niepełnosprawność: dziecko z autyzmem
niepełnosprawność: dziecko z zespołem Aspergera
dziecko z niepełnosprawnością ruchową (dysfunkcje pochodzenia mózgowego)
dziecko z niepełnosprawnością ruchową (dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego)
dziecko z niepełnosprawnością ruchową (dysfunkcje układu kostno – stawowego)
dziecko z niepełnosprawnością ruchową (braki kończyn – wrodzone lub stany po amputacji)

Choroba główna oraz choroby współwystępujące wraz z oznaczaniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) na podstawie której rozpoznaje się niepełnosprawność:

jednostka chorobowa: .....

……..…….. ……...

KOD ICD 10 ☐

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

pieczęć lekarza specjalisty