

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Brzeszczach działającego na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez Zespoły Orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U z 2017 r. poz. 1743).

Imię i nazwisko:

Data i miejsce ur. **PESEL**

Adres zamieszkania

Diagnoza medyczna (krótki opis niepełnosprawności)

wg ICD-10

Określenie powodu, dla którego stwierdzono potrzebę kształcenia specjalnego (prosimy podkreślić rodzaj niepełnosprawności):

1) niepełnosprawność dziecka lub ucznia:

a) niesłyszące(pieczęć, podpis lekarza)

b) słabosłyszące(pieczęć, podpis lekarza)

c) niewidzące(pieczęć, podpis lekarza)

d) słabowidzące(pieczęć, podpis lekarza)

e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją.....(pieczęć, podpis lekarza)

f) z autyzmem, w tym z Zespołem Aspergera(pieczęć, podpis lekarza)

2) niedostosowanie społeczne(pieczęć, podpis lekarza)

3) zagrożenie niedostosowaniem społecznym.....(pieczęć, podpis lekarza)

Wpływ niepełnosprawności na funkcjonowanie dziecka lub ucznia:

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

Medyczne wskazania dotyczące procesu edukacyjnego wynikające z rozpoznanej diagnozy:

-
-
-

Dziecko/uczeń w procesie edukacyjnym wymaga następującego sprzętu specjalistycznego:

-
-

.....
(pieczęć, podpis lekarza)