

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno –pedagogicznych.

.....
imię i nazwisko

urodzony w

zamieszkały w
adres

OKREŚLENIE POWODU Z UWAGI, NA KTÓRY STWIERDZONO POTRZEBĘ KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO

/dotyczy: niedostosowanie społeczne, zagrożenie niedostosowaniem społecznym (lekarz psychiatra),
niepełnosprawność: niesłyszenie, słabe słyszenie,
niewidzenie, słabe widzenie,
niepełnosprawność ruchowa, w tym afazja,
niepełnosprawność intelektualna,
całościowe zaburzenia rozwoju, w tym zespół Aspergera

Diagnoza lekarska:

.....
.....
.....
Oznaczenie alfanumeryczne zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

Czynniki, które ograniczają prawidłowe funkcjonowanie dziecka:

.....
W przypadku niepełnosprawności ruchowej czy wymaga rehabilitacji i w jakim zakresie oraz określenie niezbędnego sprzętu specjalistycznego:

.....
Na podstawie diagnozy medycznej oraz zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2017r., poz. 1578) stwierdza się, że dziecko wymaga specjalnych metod kształcenia jako osoba niepełnosprawna (właściwe podkreślić):

TAK

NIE

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie