

pieczęć placówki medycznej

## 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

urodzona/y ..... w .....

zamieszkała/y w .....  
adres

OKREŚLENIE POWODU Z UWAGI, NA KTÓRY STWIERDZONO POTRZEBĘ  
WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU  
ZE WZGLĘDU NA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DZIECKA

**Diagnoza lekarska wraz ze wskazaniem niepełnosprawności**.....  
.....  
.....

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

**Czynniki, które ograniczają prawidłowe funkcjonowanie:**  
.....  
.....

**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

.....  
miejsce i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie