

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
DOTYCZĄCE ORZEKANIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO / ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-
WYCHOWAWCZYCH / OPINII O WCZESNYM WSPOMAGANIU ROWOJU DZIECKA .**

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Kłecku

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2017r. Poz. 1743)

Imię i nazwisko..... ur.

PESEL

Miejsce zamieszkania

(wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju)

I. Rozpoznanie choroby (ICD) lub innego problemu zdrowotnego

.....
.....

II. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie

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

III. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego (np. niepełnosprawności)

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

IV. Wskazanie możliwości udziału w indywidualnych lub zespołowych zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych z uwagi na stan zdrowia.

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)