………………………………………… ………………………….....................

 (pieczęć placówki medycznej) (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia**

dla potrzeb **Zespołu Orzekającego** w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bartoszycach

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej
z dnia 7 września 2017 r. (Dz. U. 2017.1743) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

proszę zaznaczyć właściwe

* Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
* Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
* Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania

………………………………………………………..........................................................................................................................

(Imię i nazwisko dziecka/ucznia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

 …................…………………………………………………………

 (data urodzenia: dzień-miesiąc-rok) (miejsce urodzenia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania ……………..……………………………………………………………………………………………………………………….

 (ulica, numer domu, numer mieszkania)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |

………………………………………………………………………………………………………………………..

 (kod pocztowy) (miejscowość)

Zaświadczenie o stanie zdrowia (§6 ust. 3 rozporządzenia)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia. ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  **ICD** |  |

2. Choroby współistniejące: ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowania. .............................................................................................................................................................................. ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

………………………………….

 (pieczęć i podpis lekarza)