

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego / opinii o potrzebie
wczesnego wspomaganie rozwoju przez Zespół Orzekający PPP w Strzyżowie

(wypełnia lekarz)

[PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA]

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. (Dz. U., poz. 1743)

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U., poz. 1578)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD lub innego problemu zdrowotnego

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

Dziecko / uczeń jest osobą z **niepełnosprawnością**: *(właściwe podkreślić)*

- | | |
|-----------------|---|
| – słabosłysząca | – z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera |
| – niesłysząca | – z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją |
| – słabowidząca | – nie stwierdzam niepełnosprawności |
| – niewidoma | |

2. Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka / ucznia wynikające z tej choroby, innego problemu zdrowotnego lub z zaburzeń w zachowaniu:

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

3. Zalecane formy pomocy i wsparcia (niezbędny w procesie kształcenia **sprzęt specjalistyczny**, np. lupa, urządzenia optyczne, aparat słuchowy; rodzaj i wielkość czcionki; typ oświetlenia; potrzeba realizacji wybranych zajęć edukacyjnych indywidualnie lub w grupie liczącej do 5 osób, inne):

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)