

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

### **O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI**

**wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Milówce**

**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. z 2017, poz. 1743)

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia** .....

**Data urodzenia**..... **Miejsce urodzenia**.....

**Miejsce zamieszkania**.....

**Opis stanu zdrowia dziecka/ucznia – rozpoznanie choroby (choroba główna oraz choroby współwystępujące), oznaczenie alfanumeryczne wg ICD**

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

Na podstawie diagnozy medycznej oraz zgodnie z w/w rozporządzeniem **stwierdza się, że dziecko/uczeń wymaga stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy jako osoba z niepełnosprawnością\*:**

- a. niesłysząca
- b. słabosłysząca
- c. niewidoma
- d. słabowidząca
- e. z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
- f. z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

**Ocena wyniku leczenia i rokowania oraz bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie:**

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

**Czy dziecko/uczeń wymaga stosowania w procesie kształcenia specjalistycznego sprzętu\*?**

**TAK**

**NIE**

Jeśli tak to jakiego?.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis lekarza specjalisty  
w zakresie rozpoznanej choroby\*\*)

\* właściwe podkreślić

\*\* w wypadku braku możliwości wydania zaświadczenia przez lekarza specjalistę w zakresie rozpoznanej choroby – zaświadczenie może wydać lekarz innej specjalności, jednak do zaświadczenia należy wówczas dołączyć kopię aktualnej dokumentacji medycznej dot. rozpoznanej choroby sporządzonej przez lekarza specjalistę i/lub placówkę zdrowia hospitalizującą dziecko/ucznia.