

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Sporządza lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego, o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Pyskowicach

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

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

1. Stan zdrowia dziecka/ucznia

Dziecko fizycznie zdrowe lub choroba główna i choroby współwystępujące (wraz z oznaczeniem alfanumerycznym ICD)

.....
.....

Opis przebiegu choroby i w związku z tym występujące ograniczenia w trakcie nauki szkolnej

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

2. **Zgodnie z Rozporządzeniem 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** stwierdza się, że dziecko/uczeń wymaga specjalnych metod kształcenia jako osoba niepełnosprawna:

- a. niesłyszcząca,
- b. słabosłyszcząca,
- c. niewidoma,
- d. słabowidząca,
- e. z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
- f. z niepełnosprawnością intelektualną,
- g. z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera.

3. a. zagrożona niedostosowaniem społecznym,
b. niedostosowana społecznie.

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza