

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E

o stanie zdrowia ucznia, dla potrzeb zespołu orzekającego

działającego na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. – Prawo oświatowe (Dz.U. z 2023r. poz.900; Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2023r. poz.2061) w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Bielsku-Białej

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego, dotyczące:

Nazwisko i imię data ur.....

Miejsce zamieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

w razie braku
nr PESEL

.....
(Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Przedszkole/Szkoła klasa

w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie:
(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

☐ 1. Kształcenia specjalnego z uwagi na to, że:

a) dziecko / uczeń jest osobą:

☐ niesłyszącą

☐ słabosłyszącą

☐ niewidomą

☐ słabowidzącą

☐ z niepełnosprawnością ruchową lub z afazją

☐ z niepełnosprawnością umysłową w stopniu lekkim

☐ z niepełnosprawnością umysłową w stopniu umiarkowanym / znacznym

☐ z autyzmem lub zespołem Aspergera

☐ z niepełnosprawnościami sprzężonymi

(dodatkowo proszę zaznaczyć występujące niepełnosprawności z wyżej wymienionych)

b) dziecko / uczeń jest osobą:

☐ zagrożoną niedostosowaniem społecznym

☐ 2. Zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dot. niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębokim)

☐ indywidualnych

☐ zespołowych

☐ 3. Wczesnego wspomaganie rozwoju (poniżej opisać **NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** zgodnie z ICD-10)

Stwierdza się występowanie **NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (choroba główna i choroby współwystępujące) zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów zdrowotnych (ICD-10) oraz **uzasadnienie wpływu niepełnosprawności** na pracę edukacyjną i wychowawczą:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

.....

.....

.....

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

.....

.....

.....

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczętka i podpis lekarza)