……
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WCZESNE WSPOMAGANIE ROZWOJU, KSZTAŁCENIE SPECJALNE, ZAJĘCIA REWALIDACYNO - WYCHOWAWCZE

o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego w PCWE/ Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Olecku

działającego na podstawie: *Rozporządzenia 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. 2017, poz. 1743 ze zm.)*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia …….. ...

Data urodzenia ……, **miejsce urodzenia** ……

Miejsce zamieszkania ……

1. Stwierdzam, że dziecko lub uczeń, jest osobą niepełnosprawną i wymaga objęcia (właściwe zaznaczyć):

- **wczesnym wspomaganiem rozwoju** *(od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole)*
- **kształceniem specjalnym** *(dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych)*
- **zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi indywidualnymi / zespołowymi** *(dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną głębokiego stopnia)***.**

2. Rodzaj niepełnosprawności stwierdzony u dziecka lub ucznia (właściwe zaznaczyć):

- słabe słyszenie - niesłyszenie
- słabe widzenie - niewidzenie
- niepełnosprawność ruchowa, w tym z - afazją
- niepełnosprawność intelektualna, w stopniu: - lekkim, - umiarkowanym, - znacznym, - głębokim
- autyzm, w tym - Zespół Aspergera
- inne (jakie?) ……

Choroby główne, współwystępujące:

……
……
……
……

Wynikające z niepełnosprawności oraz/ lub z chorób ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, a w szczególności ich wpływ na proces uczenia się dziecka/ ucznia:

……
……
……
……

Ocena wyników leczenia i rokowania:

……
……
……
……

Używane zapatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny – ewentualne potrzeby w tym zakresie:

……
……
……

…… . ……

/miejscowość, data/ /pieczątka i podpis lekarza/