

.....
(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. 2023, poz.
2061)

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 wspomaganie rozwoju** (dot. dzieci od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole)
- ☐ **kształceniem specjalnym** (dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych w wieku przedszkolnym i szkolnym)
- ☐ **zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi indywidualnymi / zespołowymi*** (wyłącznie dot. dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną głębokiego stopnia)

2. Rodzaj niepełnosprawności stwierdzony u dziecka lub ucznia: słabe słyszenie/ niesłyszenie;
słabe widzenie/ niewidzenie; niepełnosprawność ruchowa (określić rodzaj niepełnosprawności),
afazja, autyzm, Zespół Aspergera, niepełnosprawność intelektualna, inne (jakie?)

proszę wpisać odpowiedni rodzaj niepełnosprawności wg podanego nazewnictwa:

3. Niedostosowanie społeczne ☐ (zaznaczyć, jeśli dotyczy)

4. Zagrożenie niedostosowaniem społecznym ☐ (zaznaczyć, jeśli dotyczy)

Rozpoznanie – choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD

--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania głównego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

**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)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

