

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejsowość, data wystawienia zaświadczenia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (załącznik do wniosku o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju)

o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb zespołu orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świętochłowicach działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

1. Stan zdrowia dziecka:

Choroba główna oraz choroby współwystępujące (według ICD):

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

.....
.....

2. Na podstawie diagnozy medycznej oraz 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 (Dz.U. z 2017 r., Poz. 1578) **stwierdza się, że dziecko wymaga specjalnych metod kształcenia jako osoba niepełnosprawna** (właściwe podkreślić):

TAK

NIE

3. Określenie rodzaju niepełnosprawności dziecka (właściwe podkreślić):

- a. niesłysząca,
 - b. słabosłysząca,
 - c. niewidoma,
 - d. słabowidząca,
 - e. z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
 - f. z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim,
 - g. z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym,
 - h. z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
 - i. z niepełnosprawnością sprzężoną:
- (wskazać współwystępujące niepełnosprawności, o których mowa w literach a-h)

.....

.....
podpis i pieczęć lekarza