

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O STANIE ZDROWIA DZIECKA NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO PRZY
PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W KĘTACH W ZWIĄZKU Z WNIOSEM
RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA O WYDANIE
ORZECZNIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017r. poz. 59 i 949,
- Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U. z 2017r., poz. 1743).

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia miejsce urodzenia

Nr PESEL

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie:

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

2. Z uwagi na:

- dziecko z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
- niepełnosprawność intelektualna
 - w stopniu lekkim
 - w stopniu umiarkowanym
 - w stopniu znacznym
- zagrożenie niedostosowaniem społecznym
- niedostosowanie społeczne

3. Bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia* (*niepotrzebne skreślić) wynikające z występującej niepełnosprawności, w tym potrzeba zaopatrzenia w sprzęt specjalistyczny/rehabilitacyjny* (*niepotrzebne skreślić):

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza