

.....
pieczętka 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
OPINII O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

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. Występująca niepełnosprawność:

- dziecko z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
- choroba przewlekła
- niepełnosprawność intelektualna
 - w stopniu lekkim
 - w stopniu umiarkowanym
 - w stopniu znacznym

3. Bariery i ograniczenia występujące w środowisku, utrudniające funkcjonowanie dziecka:

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza