

.....
pieczęć placówki medycznej

ZASWIADCZENIE 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 ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZYCH

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 niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim.

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

.....
pieczęćka i podpis lekarza