

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka/ ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego w PCRE, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Hawie
WCZESNE WSPOMAGANIE ROZWOJU, KSZTAŁCENIE SPECJALNE
ZAJĘCIA REWALIDACYNO - WYCHOWAWCZE**

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. 2017, poz. 1743)*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia, **miejsce urodzenia**

Miejsce zamieszkania

Stwierdzam, że dziecko lub uczeń, jest osobą niepełnosprawną i wymaga objęcia (właściwe zaznaczyć):

- wczesnym wspomaganie rozwoju** (dot. dzieci do 3 roku życia oraz dzieci w wieku przedszkolnym, tj. 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*** (wylącznie dot. dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną głębokiego stopnia).

Rodzaj niepełnosprawności stwierdzony u dziecka lub ucznia: słabe słyszenie/ niesłyszenie; słabe widzenie/ niewidzenie; niepełnosprawność ruchowa (określić rodzaj niepełnosprawności), afazja, autyzm, Zespół Aspergera, niepełnosprawność intelektualna głębokiego stopnia, inne (jakie?) *proszę wpisać odpowiedni rodzaj niepełnosprawności wg podanego nazewnictwa:*

Choroby główne – scharakteryzować:

Choroby współwystępujące – opisać:

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)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* właściwe podkreślić