



.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W ZWIĄZKU Z KWALIFIKACJĄ DZIECKA/UCZNIA DO KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO,
ZAJĘĆ REWALIDACYJNO– WYCHOWAWCZYCH,
WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA*
NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNEJ
W CIESZYNIE/SKOCZOWIE*

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:.....

1. Rozpoznanie:

--	--	--

(kod ICD 10)

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

2. Kategorie niepełnosprawności – właściwe proszę podkreślić:

- 1) osoba niesłysząca;
- 2) osoba słabosłysząca;
- 3) osoba niewidoma;
- 4) osoba słabowidząca;
- 5) osoba z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją;
- 6) osoba z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym;
- 7) osoba z autyzmem, w tym z Zespołem Aspergera;
- 8) osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi – jakimi? (proszę podkreślić powyższe).

3. Bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia* wynikające z występującej niepełnosprawności:

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

UWAGA!

W przypadku **niepełnosprawności związanej z dysfunkcją narządu słuchu** wymagane jest dołączenie **audiogramu**.

- stopień ubytku słuchu (dB): UL..... UP.....
- wypisy z pobytu w szpitalu:.....
- czy jednostka chorobowa jest: stabilna, pogłębiająca się* :.....
- dodatkowe informacje dotyczące oprzyrządowania dziecka z uwagi na jego niepełnosprawność:
.....
.....
.....

W przypadku **niepełnosprawności związanej z dysfunkcją narządu wzroku** wymagane są **informacje określające:**

- rodzaj schorzenia:.....
- ostrość widzenia:

(bez korekcji)(z korekcją)
- pole widzenia:.....
- proponowana czcionka do czytania:.....
- dodatkowe informacje dotyczące oprzyrządowania dziecka z uwagi na jego niepełnosprawność:.....
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*właściwe proszę podkreślić