

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
nr identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia ucznia

Dotyczy wydania uczniowi*:

- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
- orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- opinii w sprawie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

.....
(imię i nazwisko)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

urodzonego W
(data) (miejsowość)

zamieszkałego w
(adres)

Rozpoznanie **NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 lub innego problemu zdrowotnego:

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

ICD-10

--

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym stwierdza się, że dziecko/uczeń wymaga specjalnych metod kształcenia jako osoba niepełnosprawna*:

- niesłysząca,
- słabosłysząca,
- niewidoma,
- słabowidząca,
- z niepełnosprawnością ruchową / z afazją,
- z niepełnosprawnością intelektualną,
- z autyzmem / zespołem Aspergera;
 bądź jako osoba:
- zagrożona niedostosowaniem społecznym

- niedostosowana społecznie.

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia:

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

Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny:

.....

Inne ważne informacje mające związek ze stanem zdrowia dziecka, istotne dla zorganizowania procesu edukacyjnego

.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)