

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

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

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

- wczesnym wspomaganie rozwoju** (*od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole*)
- kształceniem specjalnym** (*dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych*)
- zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi indywidualnymi / zespołowymi** (*dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną głębokiego stopnia*).

2. Rodzaj niepełnosprawności stwierdzony u dziecka lub ucznia (właściwe zaznaczyć):

- słabe słyszenie niesłyszenie
- słabe widzenie niewidzenie
- niepełnosprawność ruchowa, w tym z afazją
- niepełnosprawność intelektualna, w stopniu: lekkim, umiarkowanym, znacznym, głębokim
- autyzm, w tym Zespół Aspergera
- inne (jakie?)

Choroby główne, współwystępujące:

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

**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)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)