

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka/ ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego w PCRE, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Iławie
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. 2023, poz. 2061)*

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:

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe podkreślić