

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

Na podstawie § 6 ust. 3 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. z 2017 r., poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Numer pesel

Adres zamieszkania

Wypełnia się dla dzieci/uczniów w stosunku, do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące: kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno – wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

1. Diagnoza lekarska, symbol ICD 10 (określenie rodzaju niepełnosprawności):

.....
.....

Główne objawy:

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

Od kiedy dziecko jest pod opieką lekarza psychiatry?

.....

Kiedy postawiono obecne rozpoznanie ?

.....

- 2.** Stwierdzenie czy istnieje potrzeba realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych indywidualnie z dzieckiem lub uczniem lub w grupie liczącej do 5 dzieci lub uczniów w przypadku dziecka lub ucznia napotykającego na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (proszę wymienić jakie zajęcia), wraz z uzasadnieniem

TAK

NIE

.....
.....

.....
.....

3. Stwierdzenie czy zachodzi potrzeba wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (dotyczy dzieci, które nie rozpoczęły nauki w szkole) / proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź /

TAK

NIE

4. Stwierdzenie czy zachodzi potrzeba kształcenia specjalnego – dotyczy dzieci powyżej 2,5 rż / proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź /

TAK

NIE

5. Stwierdzenie czy zachodzi potrzeba zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczy osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim) / proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź /

TAK

NIE

.....
/ miejscowość , data /

.....
/pieczętka i podpis lekarza/