

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Świebodzinie

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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

Data i miejsce urodzenia.....

Numer PESEL.....

Adres zamieszkania

1. Rodzaj niepełnosprawności: (właściwe podkreślić)

niepełnosprawność ruchowa

autyzm

Zespół Aspergera

afazja dziecięca

2. Rozpoznanie choroby z oznaczeniem ICD:

.....
.....

3. Choroby współwystępujące:

.....
.....

4. Bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia wynikające z niepełnosprawności/ choroby;

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)