

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Płońsku**

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.2017poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: \_\_\_\_\_

Numer PESEL: 

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

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego **wskazane ze względu na:** niepełnosprawność dziecka lub ucznia (*właściwe podkreślić*):

- niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
- niedostosowanie społeczne
- zagrożenie niedostosowaniem społecznym

**Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Wskazania dla nauczycieli** – sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu / szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć i podpis lekarza)