

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, 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:

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

Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju **wskazana ze względu na:** niepełnosprawność dziecka (*właściwe podkreślić*):

- niesłyszące
- słabosłyszące
- niewidzące
- słabowidzące
- niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
- zagrożenie niedostosowaniem społecznym

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

2. Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

4. Uzasadnienie - wskazanie **faktów** oraz **przyczyn**, z powodu których zachodzi potrzeba wspomaganie rozwoju dziecka:

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)