

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołów Orzekających Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych - wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i nazwisko..... data ur.....

Pesel:..... Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

2. Rozpoznanie na potrzeby wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dla dzieci/uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim) :

indywidualnych/grupowych *

.....

3. Okres trwania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (*nie dłuższy niż 5 lat*)

.....

4. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

5. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)