…………………………………………

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
DOTYCZĄCE ORZEKANIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/O POTRZEBIE ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZYCH/OPINII O WCZESNYM WSPOMAGANIU ROWOJU DZIECKA**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Luboniu

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2061)

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia …………..……………………………

PESEL …………………………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………………………………….

(wypełnia się dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju)

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia (właściwe zaznaczyć):**

□ stan zdrowia dobry

□ niepełnosprawności (wymienić)………………………………………………………………………………………………

□ choroby (diagnoza w języku polskim, kod choroby wg ICD-10) ..……………………………….…………………………………………………………………….

1. **Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie:**

………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Ograniczenia: utrudniające dziecku/uczniowi funkcjonowanie**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………… ………………………………………………………….

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis lekarza)