

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Belchatowie
dotyczy wydania:**

- a) orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ¹
- b) orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ²
- c) opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju ³

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby - rodzaj występującej u dziecka/ucznia niepełnosprawności

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

2. Oznaczenie alfanumeryczne choroby, zgodne z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD

.....

3. Wynikające z niepełnosprawności bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia

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

4. Wskazania i przeciwwskazania medyczne do organizacji warunków wychowania
przedszkolnego/ kształcenia

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

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza

¹ Dotyczy orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność ruchową, afazję, zagrożenie niedostosowaniem społecznym, niedostosowanie społeczne.

² Dotyczy dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.

³ Dotyczy opinii dla dzieci, u których wykryto niepełnosprawność.