

.....
/pieczęć poradni ZOZ/

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bełchatowie
dotyczy wydania:

- a) orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego¹
- b) orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych²
- c) opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju³

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD-10 - rodzaj występującej u dziecka /ucznia niepełnosprawności

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

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

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

3. 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.