

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

kierowane do Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 5 w Gdańsku
w celu rozpatrzenia wniosku o wydanie **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**

Podstawa prawna: Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. z późniejszymi zmianami 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 dziecka:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Szkoła / przedszkole:.....

1. Zalecany okres czasu wydania orzeczenia (należy wskazać **rok szkolny lub etap edukacyjny**):

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

3. Wyżej wymienione schorzenie jest podstawą do objęcia dziecka kształceniem specjalnym ze względu na stwierdzoną niepełnosprawność. Rodzaj niepełnosprawności (**właściwe zaznaczyć X**):

a. niepełnosprawność dziecka lub ucznia:

- ☐ niesłyszące
☐ słabosłyszące
☐ niewidzące
☐ słabowidzące
☐ niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
☐ z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
☐ z niepełnosprawnością sprzężoną (jaka?).....

b. inne:

- ☐ zagrożenie niedostosowaniem społecznym.

4. Inne problemy zdrowotne wpływające na funkcjonowanie dziecka/ ucznia oraz ograniczenia rozwojowe:

.....

.....

5. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia (od kiedy dziecko/uczeń posiada dokumentację medyczną, ocena wyników leczenia, rokowania, możliwość poprawy i inne).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis, pieczęć lekarza