

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
w sprawie kształcenia specjalnego, wczesnego wspomaganie rozwoju,
zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Knurowie

podstawa prawna: Rozporządzenie 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 dziecka/ucznia

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym,
zgodnym z ICD:

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia/terapii, dalsze rokowania:

.....
.....

Informacja o leczeniu farmakologicznym i jego skutkach mogących mieć wpływ
na funkcjonowanie dziecka/ucznia:

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

Potrzebny, z uwagi na chorobę/niepełnosprawność, niezbędny sprzęt specjalistyczny:

.....
.....

Zalecenia dla edukacji związane z ograniczeniami w wyniku rozpoznanej niepełnosprawności:

.....
.....

Rodzaj niepełnosprawności uprawniający dziecko/ucznia do objęcia kształceniem specjalnym/
wczesnym wspomaganie rozwoju z uwagi na (właściwe podkreślić):

- niesłyszenie
- słabe słyszenie
- niewidzenie
- słabe widzenie
- niepełnosprawność ruchową
- afazję
- autyzm
- zespół Aspergera

.....
pieczęć i podpis lekarza