

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia.....

**Zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia dziecka/ucznia
w celu realizacji kształcenia specjalnego ze względu na stan zdrowia
kierowane do Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Kwidzynie**

(zgodnie z Rozporządzeniem MEN z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych - Dz.U. z 2023r., poz. 2061)

.....
(imię dziecka)

.....
(nazwisko dziecka)

.....
(data urodzenia)

.....
(miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie:

(Stwierdza się występowanie niepełnosprawności, uwzględniając: niepełnosprawność intelektualną, niepełnosprawność ruchową, w tym afazję, dysfunkcje słuchu, dysfunkcje wzroku, autyzm, w tym zespół Aspergera lub/i niedostosowanie społeczne, zagrożenie niedostosowaniem społecznym).

Choroba podstawowa lub inny problem zdrowotny wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD:

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

2. Choroby współistniejące:

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

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia (*od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną, ocena wyników leczenia, rokowania, możliwość poprawy*)

.....

.....

.....

.....

4. Wskazania lekarskie dotyczące funkcjonowania dziecka:

.....

.....

.....

.....

(pieczętka i podpis lekarza)