

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia lub dziecka, dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (tekst jednolity, Dz. U. z 2023 r. poz. 2061).

Imię i nazwisko dziecka .....

Urodzony/a dnia ..... w .....

Miejsce zamieszkania .....

**CZEŚĆ A/** wypełnia się dla dzieci uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie tj. dotyczące kształcenia specjalnego, indywidualnego nauczania, zajęć rewalidacyjno – wychowawczych, albo wczesnego wspomagania rozwoju dziecka/

1. Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD – 10 lub innego problemu zdrowotnego i wynikających z nich ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, powodujących, że stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

.....  
.....

2. Niepełnosprawność dziecka lub ucznia (proszę podkreślić):
  - 1) niepełnosprawność dziecka lub ucznia:
    - a) niesłyszące
    - b) słabosłyszące
    - c) niewidzące
    - d) słabowidzące
    - e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
    - f) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
    - g) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym
    - h) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym
    - i) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
    - j) z niepełnosprawnością sprzężoną: dziecko słabosłyszące, niepełnosprawność ruchowa, w tym z afazją <sup>1</sup>:
  - 2) niedostosowanie społeczne
  - 3) zagrożenie niedostosowaniem społecznym.

3. Przebieg dotychczasowego leczenia:

.....  
.....

4. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

---

<sup>1</sup> Wskazać współwystępujące niepełnosprawności, o których mowa w pkt 1 lit. a–i.

