

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1743).

Dotyczy kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno- wychowawczych oraz wczesnego wspomagania rozwoju dziecka/ucznia:

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Zaświadczenie lekarskie:

a/ Wydane ze względu na niepełnosprawność dziecka/ucznia:

- | | |
|---|-----------------------------|
| - niesłyszące | - słabosłyszące |
| - niewidzące | - niedowidzące |
| - niepełnosprawne ruchowo | - z afazją |
| - zagrożone niedostosowaniem społecznym | - niedostosowane społecznie |
| - niepełnosprawne intelektualnie | - autyzm |
| | - Zespół Aspergera |

b/ Choroba główna oraz choroby współwystępujące (z uwzględnieniem kodu choroby wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10):

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

c/ Opis przebiegu choroby oraz aktualnego stanu zdrowia (dotychczasowe leczenie, przebyte choroby, pobyty w szpitalu):

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

d/ Ocena wyniku leczenia, rokowania, zalecenia:

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

e/ Określenie, czy zachodzi potrzeba realizowania niektórych zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych (proszę wymienić, jakich) w formie indywidualnej lub w grupie liczącej do 5 osób:

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

f/ Określenie, czy w procesie kształcenia zachodzi potrzeba stosowania sprzętu specjalistycznego lub środków dydaktycznych, w tym wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne:

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

g/ Określenie, czy istnieją przeciwwskazania do kontynuacji nauki w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapeutycznym i zamieszkania w internacie (wypełnić w przypadku ubiegania się o kształcenie specjalne w MOS):

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)