

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu orzekającego**

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej 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) z późn. zm).

Imię i nazwisko PESEL

Miejsce zamieszkania

1) Lekarz stwierdza niepełnosprawność¹:

1. W zakresie narządu słuchu – ubytek słuchu po zaaparatowaniu w uchu sprawniejszym wynosi min. 40 dB ²	TAK	NIE
2. W zakresie narządu wzroku – Vcc wynosi max 0,3 i/lub pole widzenia jest ograniczone (średnica wynosi max. 60)	TAK	NIE
3. Ruchowa	TAK	NIE
4. Afazja motoryczna lub mieszana z przewagą motorycznej	TAK	NIE
5. Autyzm	TAK	NIE
6. Zespół Aspergera	TAK	NIE

2) Choroba główna oraz choroby współwystępujące z oznaczeniem alfanumerycznym z aktualnie obowiązującej międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych (ICD)

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

¹ Otoczyć kółkiem TAK lub NIE w wierszu dotyczącym diagnozowanego rodzaju niepełnosprawności

² Należy dołączyć audiogram i/lub tympanogram

.....
.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

Lekarz wskazuje niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)