

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla celów rozpatrzenia przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Makowie Mazowieckim  
o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju

**Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.**

Imię i nazwisko dziecka lub ucznia.....

PESEL .....

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).**

.....  
.....  
**Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia (choroba główna i choroby współwystępujące)**

.....  
.....  
W związku z rozpoznaną chorobą stwierdza się następującą **NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ** dziecka/ucznia (właściwie podkreślić):

- a) niesłyszące
- b) słabosłyszące
- c) niewidzące
- d) słabowidzące
- e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- f) niepełnosprawne intelektualnie
- g) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

**Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny:**

.....  
.....  
**Zalecenia medyczne dotyczące rehabilitacji, specjalistycznej terapii:**

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)