

.....
(miejscowość, 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 (właściwe 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)