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

 (miejscowość, data)

……………………………………………………….

 (pieczątka placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla celów rozpatrzenia przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Makowie Mazowieckim

o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania 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):

1. niesłyszące
2. słabosłyszące
3. niewidzące
4. słabowidzące
5. niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
6. niepełnosprawne intelektualnie
7. z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

**Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………

 (pieczęć i podpis lekarza)

***Podstawa prawna:*** *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2061)*