

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*Do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego;  
opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka*

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

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 2017 r., poz. 1743).

Imię i nazwisko .....

PESEL:																				
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Diagnoza

**a) stwierdzone niepełnosprawności dziecka/ucznia (właściwe podkreślić):**

- niesłyszące
- słabosłyszące
- niewidzące
- słabowidzące
- niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
- niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym
- niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym
- z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

**b) Określenie stanu zdrowia dziecka/ucznia:**

*rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD lub innego problemu zdrowotnego  
(Opis przebiegu choroby, dotychczasowego leczenia)*

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

**c) Wynikające ze stanu zdrowia ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia:**

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

**d) Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny**

.....  
.....

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)