

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZA ŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia starającego się o orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego**

*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 2017 r. poz. 1743).*

Nazwisko i imię ..... data ur.....

Miejsce zamieszkania .....

Szkoła/Przedszkole ..... klasa .....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

4. **Określenie i uzasadnienie** potrzeby realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w formie indywidualnej lub w grupie liczącej do 5 osób w przypadku dziecka lub ucznia mogącego z uwagi na stan zdrowia lub stwierdzoną niepełnosprawność napotykać na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym,

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Określenie**, w zależności od potrzeb dziecka/ucznia niepełnosprawnego, niezbędnego w procesie kształcenia sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno - komunikacyjnych.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Inne ważne informacje mające związek ze stanem zdrowia lub stwierdzoną niepełnosprawnością dziecka/ucznia, istotne dla organizowania procesu edukacyjnego (**występujące w środowisku nauczania i wychowania bariery i ograniczenia utrudniające jego funkcjonowanie**).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęćka i podpis lekarza)