

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZA ŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia starającego się o orzeczenie o potrzebie
zajęć rewalidacyjno – wychowawczych (indywidualnych/zespołowych)

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 2017r. 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 w zależności od potrzeb dziecka, niezbędnego w ramach realizacji zajęć rewalidacyjno - wychowawczych sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno - komunikacyjnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Określenie, czy zachodzi potrzeba realizowania zajęć w formie *(właściwe zaznaczyć)*:

- indywidualnej
- zespołowej

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęćka i podpis lekarza)