

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. W sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno -pedagogicznych (Dz.U.2017 poz.1743;§ 6 ust.4 oraz§ 13.ust. 2)

Imię i nazwiskour.....

Miejsce zamieszkania.....

Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej.

1. U dziecka / ucznia stwierdza się(zaznaczyć właściwe)

- Autyzm**
 Zespół Aspergera
 inne

2. Choroba główna i choroby współistniejące wraz z **oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

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

3. Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia oraz ewentualne rokowania:

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

4. Wynikające z niepełnosprawności **ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka w środowisku edukacyjnym, zalecane warunki i formy wsparcia:

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

5. W przypadku takich potrzeb, należy określić niezbędny proces kształcenia sprzęt specjalistyczny, specjalne środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno – komunikacyjnych:

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza