

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA

o stanie zdrowia ucznia w związku z wnioskiem rodziców o wydanie \*

- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**
- orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno - wychowawczych**
- opinia o wczesnym wspomaganii rozwoju dziecka**

kierowane do Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

w .....

.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)

.....  
(adres zamieszkania)

#### Rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem alfanumerycznym ICD

##### 1. Choroba podstawowa / rodzaj niepełnosprawności

- niepełnosprawność intelektualna w stopniu:  lekkim  umiarkowanym  znacznym
- niepełnosprawność ruchowa (jaka).....
- afazja .....
- słabosłyszenie, niesłyszynie .....
- słabowidzących, niewidomych .....
- z autyzmem, w tym zespołem Aspergera .....
- zagrożonych niedostosowaniem społecznym (proszę podać przyczynę) .....
- niedostosowanych społecznie .....
- z niepełnosprawnościami sprzężonymi (jakimi?) .....
- niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim .....

##### 2. Choroby współistniejące .....

3. Od kiedy dziecko/uczeń posiada dokumentację medyczną dotyczącą choroby/ niepełnosprawności  
(data): .....

4. **Przebieg leczenia i rokowanie** (zabiegi, operacje, podawane leki mające wpływ na proces uczenia się, uzasadniające specjalną organizację nauki /wspomaganie rozwoju dziecka )

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

*Informacja zawierająca zalecenia do pracy z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu/szkole/ośrodku lub placówce w przypadku dziecka objętego opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień*

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

\_\_\_\_\_  
(pieczęć i podpis lekarza)