…… ……

pieczątka zakładu
lub prywatnej praktyki lekarskiej

miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bytowie

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. wsprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017.1743)

DOTYCZY WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO

Dla dziecka/ucznia:

……..ur……w……

(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Zamieszkały/a ……..

(adres)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (§ 6 ust. 5 pkt 2):

ICD ……. | |

Pełna nazwa jednostki chorobowej:

……

1. Czy dziecko wymaga środków pomocniczych, dostosowania warunków pracy i nauki- jakich?

……..……

……..……

2. Zalecenia dotyczące nauki:

……...

……..

3. Jeżeli zachodzi potrzeba, należy określić zakres realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych indywidualnie z dzieckiem lub uczniem lub w grupie liczącej do 5 dzieci lub uczniów – **(w przypadku dziecka lub ucznia napotykającego na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym, wraz z uzasadnieniem)**:

……

……

……

(pieczęć i podpis lekarza)

** wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego*