

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO
W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

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) § 6. ustęp 4 /, oraz rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. 2017 r. poz. 1578)

Imię i Nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania (dokładny adres, kod pocztowy)

.....

Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące

- kształcenia specjalnego**
- zajęć rewalidacyjno-wychowawczych* (indywidualnych / zespołowych)*
- wczesnego wspomagania rozwoju**

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (choroba główna oraz choroby współwystępujące).
Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia.

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

4. Działania jakie powinny być podjęte w celu usunięcia ograniczeń wynikających ze schorzenia

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

5. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w szkole

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

*właściwe zaznaczyć

.....

/Miejscowość, data/

.....

/pieczętka i podpis lekarza specjalisty/