

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
o stanie zdrowia dziecka, którego rodzice ubiegają się o wydanie  
**opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Pleszewie

podstawa prawna:

- § 6. ust. 4 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 z późn. zm.)
- § 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci art.127 ust.19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz.59 i 949 z późn. zm.)

**I.DANE DZIECKA**

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

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

**II.ROZPOZNANIE**

**Rozpoznana niepełnosprawność dziecka**

W wyniku przeprowadzonej diagnozy medycznej / analizy dokumentacji medycznej  
stwierdzam, że **dziecko jest NIEPEŁNOSPRAWNE**, a jego niepełnosprawność dotyczy:

- niepełnosprawności wzroku (dziecko niewidzące lub słabowidzące):

**symbol ICD-10** ..... **oraz nazwa:** .....

.....

- niepełnosprawności słuchu (osoba niesłysząca lub słabosłysząca):

**symbol ICD-10** ..... **oraz nazwa:** .....

.....

- niepełnosprawności ruchowej:

**symbol ICD-10** ..... **oraz nazwa:** .....

.....

- autyzmu, w tym zespołu Aspergera:

**symbol ICD-10** ..... **oraz nazwa:** .....

.....

Wynikające z ww. niepełnosprawności **aktualne ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Zalecenia medyczne** dot. zakresu wspierania rozwoju dziecka

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data, pieczętka i podpis lekarza  
**specjalisty\* w zakresie rozpoznanej choroby**

**\* w wypadku braku możliwości** wydania zaświadczenia przez lekarza specjalistę w zakresie rozpoznanej choroby – zaświadczenie **może wydać lekarz innej specjalności**, jednak do zaświadczenia należy wówczas **dołączyć kopię aktualnej dokumentacji medycznej dot. rozpoznanej choroby** sporządzonej przez lekarza specjalistę i/lub placówkę zdrowia hospitalizującą dziecko/ ucznia