/pieczęć placówki medycznej/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego** podstawa prawna: *rozporządzenie 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. 2017 poz. 1743/*

**Imię i nazwisko dziecka** ………………………………………………………….……. **data ur**. ……………………….……

**Adres zamieszkania** ………………………………………………………………………………………………………..………….

Wypełnia się dla dzieci niepełnosprawnych \* przed rozpoczęciem nauki w szkole, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

**1. Diagnoza lekarska (określenie rodzaju i stopnia niepełnosprawności):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

2. Stwierdzenie czy zachodzi potrzeba wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

/ proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź /

 **TAK NIE**

……….…………… ………………………….………

 data pieczęć i podpis lekarza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\***rodzaje niepełnosprawności wg przepisów oświatowych:**

niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją

 niesłyszące / słabosłyszące

 niewidzące / słabowidzące

 z autyzmem, w tym z Zespołem Aspergera

z niepełnosprawnością sprzężoną ( występujące dwie lub więcej niepełnosprawności - należy wymienić jakie)