

/pieczętka poradni/

.....  
miejsce, data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/ ucznia  
wydawane dla potrzeb Zespołu orzekającego działającego przy Zespole  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Częstochowie**

*/Zaświadczenie może być wydane tylko przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego (Dz. U. z 2017, poz.1743)/.*

**Część A – wypełnia wnioskodawca**

**Z uwagi na ubieganie się o wydanie: (właściwe podkreślić)**

- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego;
- orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych;
- opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju;

**z tytułu: (właściwe podkreślić)**

**1. niepełnosprawności dziecka/ucznia :**

- niesłyszącego, słabosłyszącego,
- niewidomego, słabowidzącego,
- z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
- z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym, głębokim,
- z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
- z niepełnosprawnościami sprzężonymi
- zagrożenia niedostosowaniem społecznym,
- niedostosowania społecznego

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....** **data ur. ....**

**Adres zamieszkania .....**

**Część B Wypełnia lekarz**

1. Stan zdrowia dziecka/ucznia - rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym /zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)/

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

2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które wskazują na zasadność ubiegania się o orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-

wychowawczych; opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dla dziecka/ucznia

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

.....

***Pieczątka i podpis lekarza***