pieczęć placówki medycznej

 **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY \* O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA**

 **KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO POWIATOWEJ PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ Z SIEDZIBĄ W WALIMIU**

 **DOTYCZĄCE DZIECKA/UCZNIA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O**

 **- KSZTAŁCENIE SPECJALNE \***

• niesłyszących i słabosłyszących

• niewidomych i słabowidzących

• z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją

• z niepełnosprawnością intelektualną ( w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym)

• z autyzmem, w tym z Zespołem Aspergera

• ze sprzężonymi niepełnosprawnościami,

**\*(podkreślić właściwe)**

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania orzeczenia na podstawie art.127 ust.10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.– Prawo oświatowe (Dz.U.z 2017 r. poz.59 i 949).

**I.DANE DZIECKA/UCZNIA**

 …………………………………………………………………………. (imię i nazwisko dziecka/ucznia)

 ………………………………………………………………………… (data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)

………………………………………………………………………… (adres zamieszkania dziecka/ucznia)

 **II.ROZPOZNANIE**

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) powodująca, że stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia mu uczęszczanie do przedszkola/szkoły: ………………………………………………………………………………………………………………….………………………………..………

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

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

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowej leczenia: (od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną dot. ww choroby, ocena wyników leczenia, rokowania, możliwości poprawy).

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

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

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

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

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

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

Wynikające z ww. choroby lub innego problemu zdrowotnego aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.

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

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

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

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

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

………………………………………………………………………………………………………………….………………………………..………Wskazania i przeciwwskazania medyczne do warunków kształcenia

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

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

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

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

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

Data pieczątka 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**