

.....
pieczęć

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego

powołanego w PPP w Pabianicach, działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z dnia 14 września 2017 r., tekst jednolity Dz. U. 2023, poz. 2061).

wypełnia się dla dzieci/uczniów, dla których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, wczesnego wspomaganie rozwoju, zajęć rewalidacyjno wychowawczych

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

PESEL lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

1. Ogólny stan zdrowia (m.in. wzrok, słuch, choroby przewlekłe, przyjmowane leki, niepełnosprawność ruchowa, spektrum autyzmu itp.)

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

2. Rozpoznane niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)

.....
.....

Kod ICD 10 lub/i Kod ICD 11

3. Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka lub ucznia wynikające ze stanu zdrowia

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

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza