

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
ubiegającego się o wydanie orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

I. Dane dziecka/ucznia

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

.....
(data urodzenia)

.....
(miejsce zamieszkania)

II. Rozpoznanie

Rozpoznanie: nazwa choroby lub problemu zdrowotnego, oznaczenie alfanumeryczne zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD

• **Niepelnosprawności wzroku** (dziecko niewidzące i słabowidzące)- lekarz okulista
Symbol ICD.....

nazwa.....

.....
• **Niepelnosprawności słuchu** (dziecko niesłyszące lub słabosłyszące)- lekarz audiologii i foniatry, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii
Symbol ICD.....

nazwa.....

.....
• **Niepelnosprawności ruchowej, w tym afazji** – lekarz neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej
Symbol ICD.....

nazwa.....

.....
• **autyzm, w tym zespół Aspergera:** lekarz psychiatra dzieci i młodzieży, psychiatra
Symbol ICD.....

nazwa.....

.....

Wskazania wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego, aktualnych ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które są powodem tego, że dziecko/uczeń ma być objęte kształceniem specjalnym:

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

Wskazania i przeciwwskazania medyczne do warunków kształcenia

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

.....
(data, pieczęć i podpis lekarza)

*Zaświadczenie lekarskie może być wydane również przez lekarza w trakcie specjalizacji w ramach świadczeń udzielanych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej z środków publicznych