

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki służby zdrowia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego / opinii o potrzebie  
wczesnego wspomaganie rozwoju przez Zespół Orzekający PPP w Strzyżowie

(wypełnia lekarz)

**[PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA]**

**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., poz. 1743)*

*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U., poz. 1578)*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Data urodzenia ..... Adres zamieszkania .....

- 1. Rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD lub innego problemu zdrowotnego**

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

**Dziecko / uczeń jest osobą z niepełnosprawnością:**

- .....  
(wpisać rodzaj niepełnosprawności)

– nie stwierdzam niepełnosprawności

- 2. Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka / ucznia wynikające z tej choroby, innego problemu zdrowotnego lub z zaburzeń w zachowaniu:**

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

- 3. Zalecane formy pomocy i wsparcia (niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny, np. lupa, urządzenia optyczne, aparat słuchowy; rodzaj i wielkość czcionki; typ oświetlenia; potrzeba realizacji wybranych zajęć edukacyjnych indywidualnie lub w grupie liczącej do 5 osób, inne):**

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)