

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 2 w Radomiu w przypadku ubiegania się
o orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017 r. (Dz. U. z dnia 14.09.2017 r. poz. 1743 w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz art. 127 ust. 10 Ustawy z dnia 14.12.2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949).

.....
Imię i nazwisko dziecka/ ucznia

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
Miejsce zamieszkania

1. Diagnoza lekarska określająca niepełnosprawność dziecka lub ucznia:

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

2. Informacje na temat przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, ważne z punktu widzenia funkcjonowania dziecka w szkole/ grupie rówieśniczej:

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

3. Data rozpoczęcia leczenia:

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

4. Wpływ przyjmowanych leków na proces uczenia się, pamięć i myślenie (inne):

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

5. * Dziecko/ uczeń jest osobą zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Obniżenia Ostrości Wzroku (właściwe podkreślić):

- a) niewidomą
- b) słabowidzącą
- c) wada wzroku jest w pełni skorygowana pomocami optycznymi (okulary, szkła kontaktowe)

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* wypełnić w wypadku dziecka/ ucznia z wadą wzroku