

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość i data)

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o 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):

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

.....  
(data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

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)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza okulisty)

\* wypełnić w wypadku dziecka/ ucznia z wadą wzroku