

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego przy Powiatowej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Czechowicach – Dzierżicach w związku z kwalifikacją dziecka/ucznia do:

- kształcenia specjalnego
- zajęć rewalidacyjno – wychowawczych *)

Podstawa prawna:

- *Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017r. poz. 59 i 949)*
- *Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U. z 2017r., poz. 1743).*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia.....miejsce urodzenia.....

Nr PESEL

1. Rozpoznanie:

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

2. Występująca niepełnosprawność:*)

- dziecko/uczeń słabowidzący
- dziecko/uczeń niewidzący
- dziecko/uczeń słabosłyszący
- dziecko/uczeń niesłyszący
- dziecko/uczeń z niepełnosprawnością ruchową
- dziecko/uczeń z autyzmem
- dziecko/uczeń z zespołem Aspergera

lub

- zagrożenie niedostosowaniem społecznym.

3. Bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia^{1}) wynikające z występującej niepełnosprawności:**

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

¹*) Właściwe podkreślić.

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

4. Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny, w tym rehabilitacyjny:

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza