

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego przy Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Czechowicach-Dziedzicach 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 2023r. poz. 900).*
- *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 2023r. poz. 2061).*

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 (w tym z afazją)**
- **dziecko/uczeń z autyzmem**
- **dziecko/uczeń z zespołem Aspergera**

**lub**

- **zagrożenie niedostosowaniem społecznym.**

### **3. Bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia\*\*<sup>)</sup> wynikające z występującej niepełnosprawności:**

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

---

\* Właściwe podkreślić.

\*\* Niepotrzebne skreślić.

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

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

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

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)