

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **OPINII O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA ***

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 **) 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)