

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

o stanie zdrowia dziecka/ucznia wydane dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Żorach działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949) .

KSZTAŁCENIE SPECJALNE

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Diagnoza medyczna – choroba zasadnicza oraz współwystępujące, stopień zaawansowania choroby.....
.....
.....

Przebieg schorzenia – zastosowane leczenie, rokowania.....
.....
.....

Zalecenia dotyczące edukacji (czy dziecko wymaga specjalnej organizacji nauki i metod pracy).....
.....
.....

Na podstawie diagnozy medycznej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (Dz.U. z 2010 r., nr. 288 poz. 1489, Dz.U.2012.981) stwierdza się, że dziecko/uczeń wymaga specjalnych metod kształcenia jako osoba z niepełnosprawnością (*właściwe podkreślić*):

- 1) niesłyszająca,
- 2) słabosłyszająca,
- 3) niewidoma,
- 4) słabowidząca,
- 5) z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
- 6) z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim,
- 7) z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym,
- 8) z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.
- 9) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
- 10) zagrożenie niedostosowaniem społecznym,
- 11) niedostosowanie społeczne.

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza

*Wypełnia się dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące wczesnego wspomaganie rozwoju lub kształcenia specjalnego.