(pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/ucznia**

**starającego się o orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych – (Dz. U. z 2017 r, poz. 1743)

Imię i Nazwisko……………………………………………………………………………….…………

Urodzony/a…………………………………………… w………………...………………………….…

Miejsce zamieszkania…………………………………………………………………………….…..…

1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące

……………………………………………………………………………………….….………

…………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………………..………

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

…………………………………………………………………………………………….…….

…………………………………………………………………………………………….…….……………………………………………………………………………………………….….

………………………………………………………………………………………….….……

Ocena wyniku leczenia i rokowania

………………………………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………….….…………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..……

2. Określenie, czy dziecku/uczniowi z niepełnosprawnością jest w procesie kształcenia niezbędny sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne, a jeśli tak, to jakie?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**3.** Określenie, czy zachodzi potrzeba realizowania zajęć w formie

**indywidualnej zespołowej**

(właściwe podkreślić)

4. Okres, w którym stan zdrowia dziecka uzasadnia potrzebę realizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (okres nie dłuższy niż 5 lat szkolnych).

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………… ………………………….

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)