

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI
KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO –
PEDAGOGICZNEJ NR 1 W ELBLĄGU DOTYCZĄCE POTRZEBY OBJĘCIA DZIECKA/
UCZNI Kształceniem specjalnym**

WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ LUB LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI
ZDROWOTNEJ – NA PODSTAWIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ LECZENIA
SPECJALISTYCZNEGO

*Zaświadczenie wydaje się na potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania orzeczenia na podstawie
art.127 ust.10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.– Prawo oświatowe (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 900, ze zm.).*

I. DANE DZIECKA/UCZNI

.....
(imię i nazwisko dziecka/uczni)

.....
(data urodzenia dziecka/uczni)

II. ROZPOZNANIE

Rozpoznanie: nazwa i symbol ICD-10 choroby lub innego problemu zdrowotnego dziecka/uczni kwalifikującego do kształcenia specjalnego z uwagi na:

• **niepełnosprawność sensoryczną w zakresie wzroku** - określenie kategorii niepełnosprawności
*(*właściwe podkreślić): osoba niewidząca, osoba słabowidząca*

- choroba główna, choroby współistniejące, symbol ICD10

.....
- informacja o głębokości wady wzroku przed korekcją, wartości i typie zastosowanych szkieł korekcyjnych, uzyskanej ostrości widzenia po korekcji.....
.....
.....
.....
.....

• **niepełnosprawność sensoryczną w zakresie słuchu** - określenie kategorii niepełnosprawności
(*właściwe podkreślić): **osoba niesłysząca, osoba słabosłysząca:**

- choroba główna, choroby współistniejące, symbol ICD10:

- informacja o rodzaju i głębokości ubytku słuchu, skuteczności zastosowanego aparatu/implantu słuchowego:.....

• **niepełnosprawność ruchową:**

- choroba główna, choroby współistniejące, symbol ICD10:

- nazwa rozpoznania:.....

• **autyzm, w tym zespół Aspergera:**

- choroba główna, choroby współistniejące, symbol ICD10

- nazwa rozpoznania:

III. Dla wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego konieczne jest wskazanie wynikających z ww. choroby lub innego problemu zdrowotnego **aktualnych ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które są powodem tego, że dziecko/uczeń ma być objęte kształceniem specjalnym:**

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

IV. Ocena wyniku leczenia i rokowanie:

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

V. Wskazania i przeciwwskazania medyczne do warunków kształcenia:

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

.....
data, pieczętka i podpis lekarza
specjalisty* w zakresie rozpoznanej choroby

** w wypadku braku możliwości wydania zaświadczenia przez lekarza specjalistę w zakresie rozpoznanej choroby – zaświadczenie może wydać lekarz innej specjalności, jednak do zaświadczenia należy wówczas dołączyć kopię aktualnej dokumentacji medycznej dot. rozpoznanej choroby sporządzonej przez lekarza specjalistę i/lub placówkę zdrowia hospitalizującą dziecko/ ucznia*