

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o niepełnosprawności dziecka

**wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rydzynie**

• **Dotyczy wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

(działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych Dz. U. z 2017r., poz. 1743)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL dziecka

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejsce zamieszkania

.....

.....

Stwierdza się niepełnosprawność dziecka:
(właściwe podkreślić, w razie potrzeby podkreślić kilka)

- 1) z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
- 2) z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim,
- 3) z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym,
- 4) z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim,

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:
choroba główna

.....
.....

2. Choroby współwystępujące:

.....
.....

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania

.....

.....
.....

4. Zalecane formy usprawniania:

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)