

.....
Pieczęć zakładu lub lekarza praktykującego indywidualnie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
Rydzyna, Plac Zamkowy 2**

(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)

Dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego / orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Imię i Nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

1. Stwierdzenie czy uczeń wymaga : (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

- kształcenia specjalnego**
- zajęć rewalidacyjno-wychowawczych :**
- **indywidualnych**
 - **zespołowych**

Na okres..... (nie dłuższy niż 5 lat szkolnych)

2. Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD: lub innej przyczyny powodującej, że uczeń wymaga kształcenia specjalnego/ zajęć rewalidacyjno-wychowawczych indywidualnych lub zespołowych – stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy.

.....

.....

3. Choroby współwystępujące:

.....

.....

4. Formy usprawniania, w tym zalecany sprzęt specjalistyczny:

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza