

.....  
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)

a)  **kształcenia specjalnego**

b)  **zajęć rewalidacyjno-wychowawczych na okres .....**

(nie dłuższy niż 5 lat szkolnych) – dotyczy dzieci/uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim :

- **indywidualnych**

- **zespołowych**

**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:**

.....

.....

.....

.....

**5. Wskazać czy występuje / nie występuje potrzeba realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego (wpisać zajęcia przedszkolne) lub zajęć edukacyjnych (wpisać przedmioty szkolne) indywidualnie z dzieckiem / uczniem w grupie liczącej do 5 dzieci lub uczniów – w przypadku dziecka / ucznia napotykającego trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym. (niepotrzebne skreślić)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza