

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E **o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**

(wydaje lekarz specjalista lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. Nr 173 p.1072); Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. Nr 228, p.1490 z póź.zm.), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2014r., p.1157) w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szczytnie.

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Przedszkole/szkoła Klasa/Oddział

I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:

(wypełnia się dla wszystkich dzieci/uczniów, dla których będzie wydawane orzeczenie lub opinia przez Zespół Orzekający działający w Poradni, z **wyłączeniem dzieci i uczniów słabowidzących/niewidomych, słabosłyszących/niestyszących, niepełnosprawnych ruchowo**. Dla dzieci/uczniów słabowidzących/niewidomych, słabosłyszących/niestyszących, niepełnosprawnych ruchowo obowiązuje oddzielny druk)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:

ICD- _____

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza