

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R Z A

(dot. dziecka z niepełnosprawnością ruchową)

Zaświadczenie wydaje się na prośbę Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szczytnie w celu orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego lub wczesnego wspomaganie rozwoju **dla dziecka z niepełnosprawnością ruchową.**

(Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych).

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL

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

Adres zamieszkania

Przedszkole/szkoła Klasa/Oddział

1) Czy dziecko jest osobą niepełnosprawną ruchowo? TAK* NIE*

**właściwe zaznaczyć*

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

(diagnoza/stan, opis schorzenia będącego podstawą do prowadzenia rehabilitacji u dziecka, podjęta lub zalecana rehabilitacja):

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

3) **Jeśli dziecko jest niepełnosprawne ruchowo, to czego dotyczy niepełnosprawność?**

a) dysfunkcja narządu ruchu w obrębie kończyn górnych/dolnych* (jaka?) (właściwe podkreślić):

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

b) dysfunkcja kręgosłupa (jaka?)

b) inne (jakie?)

4) Czy dziecko porusza się na wózku inwalidzkim? TAK* NIE* (*właściwe zaznaczyć)

5) Czy dziecko jest leżące? TAK* NIE* (*właściwe zaznaczyć)

6) Czy poziom sprawności ruchowej dziecka może istotnie utrudniać edukację, funkcjonowanie w przedszkolu/szkole? Jeśli tak, jakie są ograniczenia.

.....

7) Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

.....

8) Wskazania do pracy z dzieckiem

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza