

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dot. dziecka z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją)

Wypełnia lekarz neurologii dziecięcej, ortopedii, traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby 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, w tym afazją.

(Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające z publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych).

Dane dziecka/ucznia:

Imię/ imiona i nazwisko.....

Data urodzenia..... **Miejsce urodzenia**.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

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

1) **Czy dziecko jest osobą z niepełnosprawnością ruchową** **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) **Sposób poruszania się dziecka (zaznaczyć właściwe):**

	Samodzielnie bez ograniczeń.
	Chodzi samodzielnie, ale ma trudności z poruszaniem się na długich dystansach, po nierównym terenie, z wchodzeniem po schodach.
	Chodzi przy użyciu sprzętu pomocniczego (kule, balkoniki, wózek aktywny).
	Ograniczona możliwość, porusza się na wózku elektrycznym lub z pomocą innych.
	Poważne ograniczenia, dziecko zależne od opiekunów, wymaga transportu na wózku inwalidzkim (pasywnym).

4) Czy poziom sprawności ruchowej dziecka lub zaburzenia komunikacyjne mogą istotnie utrudnić edukację, funkcjonowanie w przedszkolu/ szkole?

5) Czy dziecko jest osobą z niepełnosprawnością ruchową TAK* NIE*
(właściwe zaznaczyć)

Jeśli tak, jakie są to ograniczenia:

.....

.....

.....

.....

6) Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny (ortezy, stabilizatory, obuwie ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, balkonik, kula, wózek inwalidzki), narzędzie do komunikacji alternatywnej (tablet, komunikatory, specjalistyczne oprogramowanie), inne niezbędne zaopatrzenie do funkcjonowania w placówce oświatowej:

.....

.....

.....

7) Potrzeby rozwojowe i edukacyjne dziecka wynikające z rozpoznanej niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka, podpis lekarza