Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Data …………...……............

Nr identyfikacyjny, REGON

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY**

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni – Pedagogicznej w Krośnie**

**w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**

 **ze względu na niepełnosprawność ruchową**

1. Imię i nazwisko dziecka/ucznia …….....................................................................................................

data i miejsce urodzenia: ..........................................................................................................................

miejsce zamieszkania: ……........................................................................................................................

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

……………………………………………………………………..……………...............……………...

**2. Wynik badania**

**a) zakres dysfunkcji narządu ruchu** (możliwości lokomocyjne i manipulacyjne)**:**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………..……………………………………………………………………..

**b) stopień obniżenia sprawności motorycznych, poziom rozwoju ruchowego:**

………………………………………………………………………………………………...................

**3.** **Funkcjonalny stan narządu ruchu** (ograniczenia w funkcjonowaniu, które utrudniają naukę): ……...…………..………………………...................................................................................................

…………………………………………….……………………………………………………………..

1. występuje uszkodzenie narządu ruchu, które powoduje konieczność stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy - **ze względu na niepełnosprawność** \*
2. nie występuje uszkodzenie narządu ruchu, które powoduje konieczność stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy \*

\* *właściwe podkreślić:*

**4.** **Zalecenia lekarskie dla nauczycieli** wynikające ze stanu zdrowia i leczenia ……………………….

………………………………………………………………………………………………....................

………………………..…………………………………………………………………………………..

 …..……………………………….

 *podpis i pieczęć lekarza*