

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):

.....

.....

- a) występuje uszkodzenie narządu ruchu - t.j. **niepełnosprawność**, która powoduje konieczność stosowania **specjalnej** organizacji nauki i metod pracy*
- b) występuje uszkodzenie narządu ruchu, które nie powoduje konieczności stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy *

** właściwe podkreślić:*

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

.....

.....

.....

podpis i pieczęć lekarza