

**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):

.....

.....

**\* właściwe podkreślić:**

a) występuje uszkodzenie narządu ruchu, które 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 \*

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

.....

.....

.....  
*podpis i pieczęć lekarza*

