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

Nr identyfikacyjny, REGON

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni – Pedagogicznej w Krośnie

w sprawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

 **ze względu na niepełnosprawność ruchową, w tym afazję**

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

Data urodzenia: ........................................................................................................................................

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

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

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

**2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, utrudniające naukę:**

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

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

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

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

**3.** **Zalecenia lekarskie dla nauczycieli** wynikające ze stanu zdrowia:

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

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

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

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

 …..……………………………….

 *podpis i pieczęć lekarza*