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

Nr identyfikacyjny, REGON

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni – Pedagogicznej w Krośnie

w sprawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

**ze względu na niepełnosprawność ruchową**

**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. 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): ……...…………..………………………...................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

…..……………………………….

*podpis i pieczęć lekarza*