…………………………………………… ……………………………………………

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej (miejscowość, data)

Nr identyfikacyjny, REGON)

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

**przez Zespół Orzekający Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Krośnie**

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

Data urodzenia ……………………………………. Adres zamieszkania ………………………………………………………………....

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

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

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

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

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

**Dziecko / uczeń jest osobą** **z** **niepełnosprawnością**: ***(właściwe podkreślić)***

* słabosłysząca – z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
* niesłysząca – z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
* słabowidząca – nie stwierdzam niepełnosprawności
* niewidoma

1. **Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka / ucznia wynikające z tej choroby, innego problemu zdrowotnego lub z zaburzeń w zachowaniu:**

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

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

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

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

1. **Zalecane formy pomocy i wsparcia, niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny:**

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

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

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

………………..………..……… …………………………………………….

(data) (pieczątka i podpis lekarza)