

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
Nr identyfikacyjny, REGON

Data .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA, ORTOPEDY i TRAUMATOLOGA  
NARZĄDU RUCHU LUB LEKARZA REHABILITACJI MEDYCZNEJ**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni Psychologiczno – 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. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, utrudniające naukę:**

.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Wymagane zaopatrzenie ortopedyczne ułatwiające funkcjonowanie w środowisku szkolnym:**

.....  
.....

.....  
*podpis i pieczęć lekarza*