



.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNEJ  
W CIESZYNIĘ/SKOCZOWIE\*

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017r. poz 59 i 949), Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U. z 2017r., poz. 1743)

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

**Data urodzenia:**.....**miejsce urodzenia:**.....

**Nr PESEL:**.....

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

--	--	--

(kod ICD 10)

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

**2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia (farmakoterapia):**

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

**3. Zalecana terapia, wsparcie medyczno-rehabilitacyjne, wskazany sprzęt specjalistyczny, inne działania:**

.....  
.....

**4. Bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia\*** wynikające z występującej niepełnosprawności:

.....  
.....

**5. Rokowania i przewidywany okres wsparcia dziecka:**

.....  
.....

**UWAGA!**

W przypadku niepełnosprawności związanej z dysfunkcją narządu słuchu wymagane jest dołączenie audiogramu.

- stopień ubytku słuchu (dB): UL..... UP.....
- wypisy z pobytu w szpitalu:.....
- czy jednostka chorobowa jest: stabilna, pogłębiająca się\* :.....

W przypadku niepełnosprawności związanej z dysfunkcją narządu wzroku wymagane są **informacje określające:**

- rodzaj schorzenia:.....
- ostrość widzenia: .....  
*(bez korekcji)* *(z korekcją)*
- pole widzenia:.....
- proponowana czcionka do czytania:.....

.....  
*(pieczęć i podpis lekarza)*