……………………….

(miejscowość, data)

………………………………  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
DOTYCZĄCE ORZEKANIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/OPINII O WCZESNYM WSPOMAGANIU ROWOJU DZIECKA .**

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 2   
w Poznaniu.

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia … września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2017r. Poz. ……..)

Imię i nazwisko………………………………………………. ur. ……………………………

PESEL □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Miejsce zamieszkania ………………………………………………………………………….

**(wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w spawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju)**

1. **Rozpoznanie choroby lub innego problemy zdrowotnego**

……………………………….…………………………………………………………………….. □ □ □ □

………………………………….………………………………………………………………….. □ □ □ □

………………………………….………………………………………………………………..… □ □ □ □

………………………………….………………………………………………………………..… □ □ □ □

1. **Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie**

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

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

1. **Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego (np. niepełnosprawności)**

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

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

…………………………………

(pieczęć i podpis lekarza)