……………………….

(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 przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Poznaniu.

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2017 r. poz. 1743)

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).**

**Wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

1. **Rozpoznanie choroby/niepełnosprawności**

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

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

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

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

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

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

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

1. **Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby** ………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

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

…………………………………

(pieczęć i podpis lekarza)