

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI  
KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU**

**WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ LUB LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ –  
NA PODSTAWIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO**

**DOTYCZĄCE DZIECKA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O WCZESNE WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECKA**

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania opinii na podstawie art.127 ust.10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U.z 2017 r. poz.59 i 949).

**I.DANE DZIECKA/UCZNI**

..... (imię i nazwisko dziecka/ucznia)

..... (data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)

..... (adres zamieszkania dziecka/ucznia)

**II.ROZPOZNANIE**

**Rozpoznana niepełnosprawność dziecka**

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

Wynikające z ww. niepełnosprawności **aktualne ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka

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

**Zalecenia medyczne dot. zakresu wspierania rozwoju dziecka**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data

pieczętka i podpis lekarza  
specjalisty w zakresie rozpoznanej  
niepełnosprawności \*

**\* w wypadku braku możliwości wydania zaświadczenia przez lekarza specjalistę w zakresie rozpoznanej niepełnosprawności – zaświadczenie może wydać lekarz innej specjalności, jednak do zaświadczenia należy wówczas dołączyć kopię aktualnej dokumentacji medycznej dot. rozpoznanej choroby sporządzonej przez lekarza specjalistę i/lub placówkę zdrowia hospitalizującą dziecko**