

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

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

.....

(imię i nazwisko dziecka)

(data urodzenia dziecka/ucznia)

II.ROZPOZNANIE

Rozpoznana niepełnosprawność dziecka

W wyniku przeprowadzonej diagnozy medycznej / analizy dokumentacji medycznej
stwierdzam, że **dziecko jest NIEPEŁNOSPRAWNE**, a jego niepełnosprawność dotyczy:

- niepełnosprawności wzroku (dziecko niewidzące lub słabowidzące):

symbol ICD-10 **oraz nazwa:**

- niepełnosprawności słuchu (osoba niesłysząca lub słabosłysząca):

symbol ICD-10 **oraz nazwa:**

- niepełnosprawności ruchowej:

symbol ICD-10 **oraz nazwa:**

- autyzmu, w tym zespołu Aspergera:

symbol ICD-10 **oraz nazwa:**

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 choroby

* **w wypadku braku możliwości** wydania zaświadczenia przez lekarza specjalistę w zakresie rozpoznanej choroby – 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/ ucznia