Prosimy o czytelne wypełnienie zaświadczenia

..... Miejscowość, data.....
/pieczęć placówki/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA UCZNIA dla POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJACEGO dotyczy kształcenia specjalnego

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 07.09.2017r. 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: .....
Data i miejsce urodzenia: .....
Zamieszkały: .....

1. **Uczeń wymaga kształcenia specjalnego ze względu na (właściwe podkreślić)**

A. Ze względu na występującą wadę słuchu dziecko/uczeń jest

Słabosłyszące **Niesłyszące**

Zgodnie z audiometryczną klasyfikacją uszkodzeń słuchu.

……
(podpis i pieczęć lekarza specjalisty)

B. Ze względu na występujące schorzenie narządu wzroku dziecko/ uczeń jest:

Niewidome **Słabowidzące**

Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją obniżenia ostrości wzroku.

…….....
(podpis i pieczęć lekarza specjalisty)

C. Ze względu na występującą u dziecka/ucznia niepełnosprawność ruchową, w tym z afazją

- Przyczyna niepełnosprawności ruchowej i wynikające z niej ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka /ucznia: ……
……...

……
(podpis i pieczęć lekarza specjalisty)

D. Ze względu na wstępujące u dziecka/ucznia autyzm w tym zespół Aspergera

……
(podpis i pieczęć lekarza specjalisty)