



Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna

ul. Żaków 3, 66-200 Świebodzin, tel.: +48 684578801
e-mail: sekretariat@poradniapp.swiebodzin.pl

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Świebodzinie w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/ opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia.....

Numer PESEL.....

Adres zamieszkania

1. Rodzaj niepełnosprawności: (właściwe podkreślić)

- niepełnosprawność ruchowa
- afazja dziecięca
- słabosłyszenie
- niesłyszenie
- słabowidzenie
- niewidzenie
- autyzm
- Zespół Aspergera

2. Rozpoznanie choroby z oznaczeniem ICD

.....
.....

3. Choroby współwystępujące:

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

4. Bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka wynikające z niepełnosprawności/ choroby

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

(miejsce i data)

(pieczęć i podpis lekarza)

.....

.....