

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**  
**Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Świebodzinie**

*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

słabosłyszenie

niesłyszenie

słabowidzenie

niewidzenie

autyzm

Zespół Aspergera

afazja dziecięca

**2. Rozpoznanie choroby z oznaczeniem ICD:**

.....  
.....

**3. Choroby współwystępujące:**

.....  
.....

**4. Bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia wynikające z niepełnosprawności/ choroby;**

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

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)