

.....
Pieczęć zakładu lub lekarza praktykującego indywidualnie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
Familijnej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej

prowadzonej przez fundację Edukacja dla Przyszłości

(działającego na podstawie Rozporządzenia 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 2017r., poz. 1743)

Dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego / orzeczenia o
potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Imię i Nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

1. **Stwierdzenie czy uczeń wymaga :** (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

a) **kształcenia specjalnego**

b) **zajęć rewalidacyjno-wychowawczych na okres**

(nie dłuższy niż 5 lat szkolnych) – dotyczy dzieci/uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim :

- **indywidualnych**

- **zespołowych**

2. **Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD: lub innej przyczyny powodującej, że uczeń wymaga kształcenia specjalnego/ zajęć rewalidacyjno-wychowawczych indywidualnych lub zespołowych – stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy.**

.....

3. **Choroby współwystępujące:**

.....

.....

4. **Formy usprawniania, w tym zalecany sprzęt specjalistyczny:**

.....

.....

.....

5. **Wskazać czy występuje / nie występuje potrzeba realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego (wpisać zajęcia przedszkolne) lub zajęć edukacyjnych (wpisać przedmioty szkolne) indywidualnie z dzieckiem / uczniem w grupie liczącej do**

5 dzieci lub uczniów – w przypadku dziecka / ucznia napotykającego trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym. (niepotrzebne skreślić)

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

WZÓR