

.....  
pieczęć placówki zdrowia

.....  
miejsowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI**

**dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

**Zaświadczenie dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Turku**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN 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 urodzenia dziecka / ucznia .....

Adres zamieszkania dziecka/ucznia.....

**1.** Na podstawie diagnozy medycznej stwierdza się *niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.*

**Dziecko/uczeń wymaga zajęć rewalidacyjno - wychowawczych (podkreślić właściwe):**

a) indywidualnych

b) zespołowych.

**2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem ICD.**

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

**3. Wpływ przebiegu niepełnosprawności na funkcjonowanie dziecka/ucznia w domu/przedszkolu/szkole (towarzyszące choroby, objawy choroby, przyczyny i objawy zaburzeń, wpływ leków na funkcjonowanie dziecka, przebieg leczenia, inne czynniki, bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie):**

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

**4. Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb edukacyjnych (m. in. sprzęt specjalistyczny, środki dydaktyczne, potrzeby dostosowania warunków, zapewnienia właściwej opieki itp. ):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
*pieczętka i podpis lekarza*