………………………………..

(pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/ucznia**

**starającego się o orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14.09.2017 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……………………………………… urodzony…………………… w………………………

Miejsce zamieszkania……………………………………………………………………………………….…...

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 5 rozporządzenia)

Choroba główna oraz choroby współwystępujące

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ocena wyniku leczenia i rokowania

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Określenie, czy dziecku/uczniowi niepełnosprawnemu jest w procesie kształcenia niezbędny sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne,   
   a jeśli tak, to jakie?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Określenie, czy zachodzi potrzeba realizowania zajęć w formie

**indywidualnej zespołowej**

(właściwe podkreślić)

…………………………… ………………………….

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)