

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wieluniu
(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA)

Stwierdzam u
(imię/imiona i nazwisko dziecka)

urodzonego/ej dnia..... w

nr PESEL

(a w przypadku osoby, która nie posiada nr PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)

Występowanie następującej choroby lub innego problemu zdrowotnego, wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

Podkreśl właściwe i uzupełnij:

- 1. Rozpoznanie na potrzeby wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niedostosowanie społeczne albo zagrożenie niedostosowaniem społecznym.**
- 2. Rozpoznanie na potrzeby wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych indywidualnych / grupowych *(dla dzieci / uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim)**

Okres trwania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (nie dłuższy niż 5 lat szkolnych, do dnia w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 25 rok życia)

.....
.....

Konieczność zapewnienia sprzętu specjalistycznego (wskazać jaki):

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)