(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) . . . . . . . . . . . . . . ., dnia . . . . . . . . . . r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy przyznania **kształcenia specjalnego dla ucznia**:

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,

*(imię i nazwisko)* *(PESEL)*

urodzonego . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . w . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ,

*(data) (miejscowość)*

zamieszkałego w . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ,

*(adres)*

Rozpoznanie: *(diagnoza i symbol niepełnosprawności),*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Symbol ICD 10

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Choroby współwystępujące:

………………………………………………………………………………………………………*………………………………………………………………………………………………………..*

Informacje na temat przebiegu i objawów choroby oraz dotychczasowego leczenia ważne z punktu widzenia funkcjonowania dziecka w szkole uzasadniające potrzebę kształcenia specjalnego: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………

Czy istnieje potrzeba realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych indywidualnie z dzieckiem lub uczniem lub w grupie liczącej do 5 dzieci lub uczniów, jeżeli tak to w jakim zakresie:

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

Przyjmowanie leków mających wpływ na proces uczenia się: ………………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………….

Uwagi/zalecenia:

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

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

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

*(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)*