

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

**zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.**

Imię i nazwisko dziecka lub ucznia .....

PESEL .....

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

### **Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD**

.....  
.....

### **Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dzieckalub ucznia**

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

### **Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny**

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

### **Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w ramach kształcenia specjalnego (w przypadku dziecka lub ucznia napotykającego na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym):**

1. w grupie do 5 osób

.....  
.....

2. indywidualnie z uczniem.

.....  
.....

.....  
(miejscowość, data )

.....  
(pieczętka i podpis lekarza )