



POWIATOWA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W ŚLESINIE

.....  
pieczęć placówki medycznej

.....  
miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
DOTYCZĄCE ORZEKANIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/OPINII  
O Wczesnym Wspomaganiu Rozwoju Dziecka  
dla potrzeb Zespołu Orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
w Ślesinie**

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

PESEL.....Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

(wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju).

**Wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

**I. Rozpoznanie choroby/niepełnosprawności:**

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

**II. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie:**

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

**III. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby:**

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

.....  
pieczęć i podpis lekarza