…………….……..………………………….

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

**działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 5 w Łodzi w związku
z ubieganiem się o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub
o opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju**

Podstawa prawna: § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 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** **dziecka/ucznia** ........................................................................................................

**data ur**. .................................................**w** ……............................

***Prosimy o czytelne pismo i wyraźne pieczątki***

**Oznaczenie alfanumeryczne** zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) : ……………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie:

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

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

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka wynikające ze stwierdzonej niepełnosprawności:

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………..miejscowość, data | …………………………………………………….pieczątka i podpis lekarza |