

### Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia ucznia dla zespołu orzekającego w PPP nr 19 o potrzebie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju

**Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju** wydaje się dzieciom i młodzieży, które są:

**niepełnosprawne - niesłyszące, słabo słyszące, niewidome, słabo widzące, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z upośledzeniem umysłowym, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, z niepełnosprawnościami sprzężonymi, niedostosowane społecznie i zagrożone niedostosowaniem społecznym**

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działających w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. Nr 173 poz. 1072), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (Dz. U. Nr 228, poz. 1490), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 982); Rozporządzenie Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci. (Dz. U. z 2013r. poz. 1257)

Imię i Nazwisko.....  
Data urodzenia.....  
Miejsce zamieszkania.....

### Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia.

Choroba główna oraz choroby współwystępujące

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

Zalecenia

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

(miejscowość, data)

(pieczęć i podpis lekarza)