…………………………………………. ………………………………

***Pieczątka jednostki wydającej zaświadczenie Data sporządzenia zaświadczenia***

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chorzowie w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego i/lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju w przypadku rozpoznania niepełnosprawności**

1. Imię i nazwisko dziecka.. ……………………………………………………………………

2. Data urodzenia………………………………………………………………………………

**STAN ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA ( wypełnia czytelnie lekarz )**

1. DIAGNOZA MEDYCZNA

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

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

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

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

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

1. OPIS ZDIAGNOZOWANYCH ZABURZEŃ I DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA

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

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

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

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

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

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

1. OKREŚLENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA, KTÓRE POWINNO WPROST I BEZPOŚREDNIO WYNIKAĆ Z WW. DIAGNOZY MEDYCZNEJ

(konieczne podkreślenie przez lekarz wypełniającego zaświadczenie)

**A.** niepełnosprawność ruchowa

W przypadku stwierdzenia niepełnosprawności ruchowej lekarz określa:

wpływ niepełnosprawności ruchowej na funkcjonowanie edukacyjne w szkole/przedszkolu

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

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

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

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

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

obszary wymagające wsparcia ruchowego dziecka w szkole/przedszkolu

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. OKREŚLENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA, KTÓRE POWINNO WPROST I BEZPOŚREDNIO WYNIKAĆ Z DIAGNOZY MEDYCZNEJ LUB ZAGROŻENIA NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM

(konieczne podkreślenie przez lekarz wypełniającego zaświadczenie)

1. autyzm
2. zespół Aspergera
3. afazja
4. niesłyszenie
5. słabosłyszenie
6. niewidzenie
7. słabowidzenie
8. zagrożenie niedostosowaniem społecznym

W przypadku stwierdzenia powyższej niepełnosprawności lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym lekarz określa: wpływ niepełnosprawności lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym na funkcjonowanie edukacyjne w szkole/przedszkolu

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

………………………………

***Podpis i pieczęć lekarza***