

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chorzowie**  
**w celu wydania orzeczenia o potrzebie**  
**KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO**  
**DLA DZIECKA / UCZNIĄ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

1. Imię i nazwisko.....  
2. Data urodzenia.....

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

3. DIAGNOZA MEDYCZNA

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

4. OPIS ZDIAGNOZOWANYCH ZABURZEŃ I DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA

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

5. OKREŚLENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA / UCZNIĄ **ma wprost wynikać ze wskazanej powyżej w pkt 1 diagnozy medycznej** (konieczne podkreślenie przez lekarza)

- A. autyzm
- B. zespół Aspergera
- C. afazja
- D. niesłyszenie
- E. słabosłyszenie
- F. niewidzenie
- G. słabowidzenie
- H. niepełnosprawność ruchowa
- I. zagrożenie niedostosowaniem społecznym (tylko w przypadku dzieci szkolnych)

6. WPŁYW WW. NA FUNKCJONOWANIE EDUKACYJNE DZIECKA / UCZNIĄ

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