

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA  
STARAJĄCEGO SIĘ O ORZECZENIE O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/  
OPINIĘ O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU \***

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 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.....PESEL.....  
urodzony..... W.....  
(data) (miejsce urodzenia)

Miejsce zamieszkania.....

**1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 4. Rozporządzenia)**

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) – **wykryta niepełnosprawność:**

ICD-

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

Choroba główna oraz choroby współwystępujące, rokowania

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

Ograniczenia utrudniające dziecku funkcjonowanie

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

**2. Określenie, czy dziecku niepełnosprawnemu jest niezbędny sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne, a jeśli tak, to jakie?**

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

**3. Inne istotne dla organizowania wczesnego wspomaganie informacje**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* właściwe podkreśl