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

 (pieczęć placówki medycznej)

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

 dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego

 przy Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej nr 2 w Zawierciu

 **w celu wydania orzeczenia o potrzebie zajęć**

**rewalidacyjno – wychowawczych**

**indywidualnych / zespołowych**

**Podstawa prawna:**

1.Rozporządzenie 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 2017r., poz. 1743)

 **Imię i nazwisko dziecka (ucznia):**  ..........................................................................................................

**Data urodzenia** ................................. **miejsce urodzenia dziecka (ucznia):** ...........................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**PESEL dziecka (ucznia):**

**Miejsce zamieszkania dziecka (ucznia)**: .................................................................................................. ...................................................................................................................................................................

 1. Diagnoza medyczna – choroba zasadnicza oraz współwystępujące, stopień zaawansowania choroby

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Okres objęcia zajęciami rewalidacyjno- wychowawczymi **(nie dłuższy niż 5 lat szkolnych)**

………………………………………………………………………………………………………………

3. Określenie, czy dziecku niepełnosprawnemu jest niezbędny sprzęt specjalistyczny

 i środki dydaktyczne, w tym technologie informacyjno - komunikacyjne, a jeśli tak, to jakie?

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

4. Zalecenia dotyczące edukacji (czy wymaga specjalnej organizacji nauki i metod pracy)

 zajęcia rewalidacyjno – wychowawcze realizowane w formie indywidualnej

 zajęcia rewalidacyjno – wychowawcze realizowane w formie zespołowej

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

 (miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza specjalisty)

**Na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego:**

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

 (miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza podstawowej
 opieki zdrowotnej)