

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**Z A Ś W I A D C Z E N I E   L E K A R S K I E**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**

**(wydaje lekarz specjalista lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. Nr 173 p.1072); Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. Nr 228, p.1490 z póź.zm.), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2014r., p.1157) w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lęborku.

**Dane dziecka/ucznia:**

Imię/imiona i nazwisko .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania ..... Kod pocztowy .....

Przedszkole/szkoła ..... Klasa .....

**I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:**

(wypełnia się dla wszystkich dzieci/uczniów, dla których będzie wydawane orzeczenie lub opinia przez Zespół Orzekający działający w Poradni, **z wyłączeniem dzieci i uczniów słabowidzących/niewidomych, słabosłyszących/niesłyszących.** Dla dzieci/uczniów słabowidzących/niewidomych, słabosłyszących/niesłyszących proszę pobrać i wypełnić druk **Zaświadczenie lekarskie kształcenie specjalne**)

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:**

ICD- \_\_\_\_\_

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

**Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:**

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

**Ocena wyniku leczenia i rokowania:**

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

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczęć i podpis lekarza