

.....  
pieczęć placówki medycznej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łysomicach celem wydania orzeczenia  
o potrzebie kształcenia specjalnego**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....  
Data i miejsce urodzenia .....  
Adres zamieszkania .....  
Placówka/szkoła .....

Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD-10.....

Od kiedy jest leczone i jakie są rokowania.....

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

Leczenie farmakologiczne (przyjmowane leki): .....

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

Czy dziecko/uczeń wymaga kształcenia specjalnego, tj. stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy?

TAK

NIE

Jeżeli „TAK” proszę uzasadnić dlaczego .....

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

Dziecko wymaga kształcenia specjalnego ze względu na (właściwe podkreślić):

- niepełnosprawność ruchową
- afazję
- niepełnosprawność intelektualną
- wadę wzroku – niewidome
- wadę wzroku – słabowidzące
- niedostosowanie społeczne
- zespół Aspergera
- autyzm
- niepełnosprawność sprzężoną
- wadę słuchu – niesłyszące
- wadę słuchu – słabosłyszące
- zagrożenie niedostosowaniem społecznym

w okresie od ..... do .....

(wydaje się na okres wychowania przedszkolnego, roku szkolnego albo etapu edukacyjnego)

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)