

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Białej Podlaskiej**  
**(do orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego oraz indywidualnego rocznego**  
**przygotowania przedszkolnego)**

(na podstawie § 6 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. 2017r., poz. 1743)

imię (imiona) i nazwisko dziecka / ucznia .....

numer PESEL dziecka / ucznia .....

1. Rozpoznanie choroby ( zgodnie z klasyfikacją ICD ) lub innego problemu zdrowotnego

.....

2. Ograniczenia zdrowotne w funkcjonowaniu dziecka/ ucznia:

A). uniemożliwiające .....

.....

.....

.....

.....

B). znacznie utrudniające .....

.....

.....

.....

.....

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

3. przewidywany okres ( nie krótszy niż 30 dni ) potrzeby nauczania indywidualnego

.....

.....

.....

(miejscowość, data) (podpis lekarza)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Białej Podlaskiej**  
**(do orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno – wychowawczych**  
**oraz opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka))**

(na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. 2017r., poz. 1743)

imię (imiona) i nazwisko dziecka / ucznia .....

numer PESEL dziecka / ucznia .....

1. Rozpoznanie choroby ( zgodnie z klasyfikacją ICD )

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

2. Wywiad oraz przebieg choroby

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

3. Rodzaj niepełnosprawności dziecka lub ucznia:

- a) niesłyszące lub słabosłyszące
- b) niewidzące lub słabowidzące
- c) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- d) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
- e) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym
- f) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym
- g) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
- h) z niepełnosprawnościąsprężoną (proszę wymienić z podpunktów od a do g) .....
- i) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu głębokim

2) niedostosowanie społeczne

3) zagrożenie niedostosowaniem społecznym.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
( podpis lekarza)