*...................................................*

/pieczątka poradni/ miejsce, data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/ ucznia   
wydawane dla potrzeb Zespołu orzekającego działającego przy Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Częstochowie***/Zaświadczenie może być wydane tylko przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego (Dz. U. z 2017, poz.1743)/.*

**Część A – wypełnia wnioskodawca**

**Z uwagi na ubieganie się o wydanie: (właściwe podkreślić)**

* orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego;
* orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych;
* opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju;

**z tytułu:** **(właściwe podkreślić)**  
1. niepełnosprawności dziecka/ucznia :

* niesłyszącego, słabosłyszącego,
* niewidomego, słabowidzącego,
* z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
* z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym, głębokim,
* z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
* z niepełnosprawnościami sprzężonymi
* zagrożenia niedostosowaniem społecznym,
* niedostosowania społecznego

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia** ……………………………………………….……………. **data ur**. ……………………….……

**Adres zamieszkania** ……………………………………………………….………………………………………………………..………….

**Część B Wypełnia lekarz**

1. Stan zdrowia dziecka/ucznia - rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym /zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)/

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

1. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które wskazują na zasadność ubiegania się o orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych; opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dla dziecka/ucznia   
   …………………………………………………………………………………………………………………………………..................…

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

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

***Pieczątka i podpis lekarza***