……………………………… ……………………………

 (pieczęć placówki medycznej) (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**dotyczy wniosku o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju**

dla celów rozpatrzenia przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

*Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych – DZ. U. z 2017 r, poz. 1743*

Imię i nazwisko dziecka ……………………………………………………………............................

Data urodzenia ………………………………miejsce urodzenia……………………………………...

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………

# Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) – wykryta niepełnosprawność:

|  |
| --- |
|   |

ICD -

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

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

Choroba główna oraz choroby współwystępujące, rokowania

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

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

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

Ograniczenia utrudniające dziecku funkcjonowanie

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

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

1. Określenie, czy dziecku niepełnosprawnemu jest niezbędny sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne, a jeśli tak, to jakie?

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

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

1. Inne istotne dla organizowania wczesnego wspomagania informacje

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

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

 ………………………….

 (pieczątka i podpis lekarza)