

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
O STANIE ZDROWIA DZIECKA STARAJĄCEGO SIĘ O OPINIĘ  
O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU**  
wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  
na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

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

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia:** .....

**PESEL:** .....

**urodzony:** ..... W .....  
(data) (miejsce urodzenie)

**Miejsce zamieszkania:** .....

**1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 4 rozporządzenie)**

**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**

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

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

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

**3. Inne istotne dla organizowania wczesnego wspomaganie informacje**

.....  
.....

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)