**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\***

o stanie zdrowia/ucznia wydane dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bieruniu działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 18 września 2008 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 173 poz. 1072)

**Imię i nazwisko dziecka: ................................................................................................................................................**

**Data i miejsce urodzenia: ...............................................................................................................................................**

**Adres zamieszkania: ......................................................................................................................................................**

1. **Stan zdrowia dziecka/ ucznia**

Choroba główna oraz choroby współwystępujące ……………………………………………………………………...

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

Opis przebiegu choroby oraz dotychczasowego leczenia……………………………………………………………...

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania………………………..........................................................................................…

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

1. **Na podstawie diagnozy medycznej oraz zgodnie z Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. z 2015 r., poz. 1113) stwierdza się, że dziecko/ uczeń wymaga specjalnych metod kształcenia jako osoba z niepełnosprawnością *(właściwe podkreślić):***
2. niesłysząca,
3. słabosłysząca,
4. niewidoma,
5. słabowidząca,
6. z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
7. z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim,
8. z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym,
9. z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
10. z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

………………………… ……………………………

(miejscowość i data) (podpis i pieczątka lekarza)

\*wypełnia się dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące wczesnego wspomagania rozwoju lub kształcenia specjalnego.