

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia się dla uczniów, wobec których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno – wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju

Imię i Nazwisko.....ur.

PESEL

Miejsce zamieszkania.....

1. Rozpoznanie medyczne wraz z **oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).....
.....
.....

2. Przejawy niepełnosprawności ruchowej w funkcjonowaniu dziecka (np. koordynacja, równowaga, napięcie, zaburzenia chodu, wady postawy itd.):
.....
.....
.....
.....
.....

3. Ograniczenie i bariery w funkcjonowaniu dziecka wynikające z powyższego rozpoznania:
.....
.....
.....
.....
.....

4. Dotychczasowy przebieg rehabilitacji i ewentualne wskazania do kontynuacji rehabilitacji (czy jest pod opieką specjalisty rehabilitacji ruchowej – od kiedy):

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

5. Wskazania do zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny:

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

6. Warunki dostosowania otoczenia (podjazdy, barierki, likwidacja progów itp.):

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

7. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)