

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego**  
**w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wodzisławiu Śl.**  
**w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**

Imię i nazwisko dziecka: ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

Diagnoza medyczna, przebieg choroby, zastosowane leczenie:

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

Kwalifikacja do rodzaju niepełnosprawności:\*

- 1) niesłyszące,
  - 2) słabosłyszące,
  - 3) niewidzące,
  - 4) słabowidzące,
  - 5) z niepełnosprawnością ruchową
  - 6) z afazją
  - 7) z autyzmem,
  - 8) z zespołem Aspergera,
  - 9) z niepełnosprawnościami sprzężonymi.....
- .....

Zalecenia dotyczące określenia warunków realizacji potrzeb edukacyjnych:

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

Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny:

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

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/

**Podstawa Prawna:**

Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016r. art.127 ust.18 (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082 z późn. zm.).  
Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017r. (Dz.U. z 2017r. poz. 1743 z późn. zm.) ws. orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych  
Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9.08.2017 r. (Dz.U. z 2017r. poz. 1578 t.j. z późn. zm.) ws. warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym.

\*właściwe podkreślić