

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość, data)



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kozienicach
o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na:

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

PESEL dziecka

1) niepełnosprawność dziecka lub ucznia (właściwe podkreślić):

- a) niesłyszące
- b) słabosłyszące
- c) niewidzące
- d) słabowidzące
- e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- f) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
- g) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym
- h) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym
- i) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

2) niedostosowanie społeczne.

3) zagrożenie niedostosowaniem społecznym.

Rozpoznanie: (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania):

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

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

Pieczęć i podpis lekarza

.....