

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejsowość, data)



## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego

**Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koźienicach**

**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

f) z afazją

g) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim

h) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym

i) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym

j) z autyzmem

k) z zespołem Aspergera

2) niedostosowanie społeczne

3) zagrożenie niedostosowaniem społecznym.

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

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

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

Pieczęć i podpis lekarza

.....