**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Rypinie, ul. Mławska 54A, 87-500 Rypin**

**Tel**[**. 54 280 50 48**](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=poradnia%20rypin&tbs=lf:1,lf_ui:2&tbm=lcl&sxsrf=ALeKk00qycSo4Al80G9f3KAyOcaJ0yAfGQ:1615658936519&rflfq=1&num=10&rldimm=11588314876882625670&lqi=Cg5wb3JhZG5pYSByeXBpbloaCghwb3JhZG5pYSIOcG9yYWRuaWEgcnlwaW6SAQ5tZWRpY2FsX2NsaW5pY6oBEBABKgwiCHBvcmFkbmlhKAs&ved=2ahUKEwi95fTH7q3vAhXNvosKHSaoBQoQvS4wBXoECAQQLg&rlst=f)**, 534 472 805, e-mail: sekretariat@ppprypin.pl**

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

pieczęć placówki medycznej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rypinie**

**dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**

**Wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**.**

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2023 poz.2061)

Imię (imiona) i nazwisko dziecka………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia ………...…………..…………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………

PESEL

Rozwój fizyczny dziecka:

 € PRAWIDŁOWY

€ NIEPRAWIDŁOWY

Czy dziecko jest leczone specjalistycznie?

 € TAK (specjalista……………………………………………………………………………………)

€ NIE

Rozpoznanie choroby:

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

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

Numer statystyczny ICD:

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

Okres i przebieg leczenia, przyjmowane leki, rokowania:

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

**Dziecko wymaga kształcenia specjalnego ze względu na:**

1. **niepełnosprawność dziecka lub ucznia:**
2. € niesłyszące
3. € słabosłyszące
4. € niewidzące
5. € słabowidzące
6. € niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
7. € niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
8. € niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym
9. € niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym
10. € z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
11. € z niepełnosprawnością sprzężoną (wskazać współwystępujące niepełnosprawności,

 o których mowa w pkt a - i ) …………………………………………………………………………………………………..
…………………………………………………………………………………………………..

1. **niedostosowanie społeczne**
2. **zagrożenie niedostosowaniem społecznym**

Na okres *(zaznaczyć jedno):*

€ wychowania przedszkolnego

€ I etapu edukacyjnego (kl. I-III)

€ II etapu edukacyjnego (kl. IV-VIII)

€ szkoły ponadpodstawowej

€ określonego roku szkolnego ………………………………………………………………

…..………………………… …………………….…………………

 miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza