**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 w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rypinie**

**dotyczy wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

**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 r. poz. 2061)

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

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

Adres zamieszkania..……………………………………………………………………………………………

PESEL

Czy dziecko jest leczone specjalistycznie:

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

€ NIE

Stwierdza się, że:

€ dziecko jest niepełnosprawnei wymaga wczesnego wspomagania rozwoju z uwagi na wykrytą niepełnosprawność, która dotyczy:

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

Numer statystyczny ICD:

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

Okres i przebieg leczenia, przyjmowane leki, rokowania:

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

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

€ dziecko nie jest niepełnosprawne i nie wymaga wczesnego wspomagania rozwoju.

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

 miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza