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

**Tel. 54 280 50 48, 524 472 805, 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 2024 poz. 737)

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:**

€ niesłyszące

€ słabosłyszące

€ niewidzące

€ słabowidzące

€ niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją

€ niepełnosprawne intelektualnie

€ z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

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