Pieczątka placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ZAWIERAJĄCE ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA Z AFAZJĄ MOTORYCZNĄ NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026r., poz. 428)

WYPEŁNIA LEKARZ SPECJALISTA W DZIEDZINIE NEUROLOGII DZIECIĘCEJ

I. Imię i nazwisko ucznia……..

Data urodzenia……..

Miejsce zamieszkania……

II. Rozpoznanie główne oraz zaburzenia/choroby współwystępujące (wg ICD) ……...…
……...
……...
……
……...
……

III. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia specjalistycznego
……...
……...
……...
……
……...
……
……...
……...

IV. Ocena wyniku leczenia i rokowania ……..……
……...
……...……
……...
……
……...
……
……

V. Ograniczenia w zakresie funkcjonowania dziecka wynikające ze stwierdzonej niepełnosprawności ruchowej: ……..……...……...……..
……...
……
……...
……..……..

……..……...
……
……..……...
……

VI. Niezbędny w procesie kształcenia dziecka z afazją motoryczną sprzęt specjalistyczny:

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

VII. Czy w związku z powyższym dziecko wymaga objęcia kształceniem specjalnym /*właściwe podkreślić/*

Tak Nie

……. ……

Miejscowość, data *Pieczątka i podpis lekarza*

Oświadczenie lekarza w trakcie specjalizacji

Oświadczam, że zaświadczenie wydaję w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust. 13).

.....… .....

Pieczątka i podpis lekarza Miejscowość, data