…………………………………………….

*(pieczęć placówki medycznej)* *(miejscowość, data)*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o niepełnosprawności dziecka

**wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego   
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rawiczu**

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

(*działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych Dz. U. z 2017r., poz. 1743)*

**Imię i nazwisko …………………………………………………………………………….**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL dziecka**

**Miejsce zamieszkania …………………………………………………………………….**

Stwierdza się **niepełnosprawność** dziecka:

(właściwe podkreślić, w razie potrzeby podkreślić kilka)

1)   niesłyszącego,

2)   słabosłyszącego,

3)   niewidomego,

4)   słabowidzącego,

5)   z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,

6)   z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim,

7)   z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym,

8)   z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,

Opis niepełnosprawności …………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….

……………………………

*(pieczątka i podpis lekarza)*