

.....
(pieczęć placówki medycznej)

(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o niepełnosprawności dziecka

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

- **Dotyczy wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie 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

.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)