

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka/ucznia

Imię (imiona) i nazwisko.....

data i miejsce urodzenia.....

Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 Proszę ocenić ogólny stan zdrowia dziecka/ ucznia : DOBRY* ; WYMAGA LECZENIA*

2. Czy dziecko /uczeń choruje przewlekle? TAK* / NIE*

3. Choroba główna oraz choroby współwystępujące, leczenie specjalistyczne:

.....

4. Czy dziecko /uczeń jest objęty stałą opieką lekarską? TAK* / NIE*

Jakiego lekarza specjalisty.....

5. Wskazanie niepełnosprawności:**

- intelektualna
- niesłyszenie
- słabosłyszenie
- niewidzenie
- słabowidzenie
- niepełnosprawność ruchowa w tym z afazją
- Autyzm
- Zespół Aspergera
- Inna - Jaka

6. Czy stan zdrowia ucznia wpływa na jego funkcjonowanie ? TAK* / NIE*

- intelektualne
- społeczne
- szkolne

7. Jaki wpływ ma choroba na funkcjonowanie ucznia w szkole?

.....

.....

8. Czy choroba powoduje ograniczenia, jakie?

.....
.....
.....

9. Proponowane formy usprawniania, rehabilitacji i terapii:

.....
.....
.....

10. Wskazanie sprzętu specjalistycznego niezbędnego do proponowanych form usprawniania, rehabilitacji i terapii:

.....
.....
.....

11. Informacje dodatkowe

.....
.....
.....

.....
/miejsowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/

* właściwe zakreślić

** stosownie do Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. (Dz. U. z 2015 poz. 1113 z późn. zm.)