Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Opocznie

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna

PPP

**w Opocznie**

ul. Armii Krajowej 2, 26-300 Opoczno

tel./fax. 44/736-14-62; [pppopoczno@gmail.com](mailto:pppopoczno@gmail.com)

http://www.pppopoczno.4bip.pl

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**

**przy Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Opocznie**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. *w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych* (Dz. U. 2017, poz. 1743)

**w celu wydania opinii dotyczącej wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

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

Miejsce urodzenia dziecka **…………………………………………………..……………………..**

Nr PESEL (dziecka)

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

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

**Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6.1 rozporządzenia)**

Choroba główna oraz choroby współwystępujące **………………………………………………………………………………………………..…..**

**………………………………………………………………………………………………..…..**

**…………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………..…..**

**…………………………………………………………………………………………………….**

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia **…………………………………………………………………………………………..………..**

**…………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………….**

Okres w jakim zachodzi potrzeba Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka

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

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

Określenie i ocena wykrytej niepełnosprawności u dziecka **…………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………..**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[pieczęć nagłówkowa) (miejscowość, data] [pieczątka i podpis lekarza]