

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA

(dot. dziecka z niepełnosprawnością ruchową)

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ostródzie w celu orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego lub wczesnego wspomagania rozwoju **dla dziecka z niepełnosprawnością ruchową.**
(Podstawa prawna: Rozporządzenie 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. z 2023 r. poz. 900, 1672 i 1718).

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko

.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

PESEL _ _ _ _ _

Adres zamieszkania

.....

Przedszkole/szkoła

.....

Klasa/Oddział

1) Czy dziecko jest osobą niepełnosprawną ruchowo? TAK* NIE*
*właściwe zaznaczyć

2) **Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:**

(diagnoza/stan, opis schorzenia będącego podstawą do prowadzenia rehabilitacji u dziecka, podjęta lub zalecana rehabilitacja):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Jeśli dziecko jest niepełnosprawne ruchowo, to czego dotyczy niepełnosprawność?

a) dysfunkcja narządu ruchu w obrębie kończyn górnych/dolnych* (jaka?):

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

b) dysfunkcja kręgosłupa (jaka?)

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

c) inne (jakie?)

.....
.....

4) Czy dziecko porusza się na wózku inwalidzkim? TAK* NIE*
(*właściwe zaznaczyć)

5) Czy dziecko jest leżące? TAK* NIE* (*właściwe zaznaczyć)

6) Czy poziom sprawności ruchowej dziecka może istotnie utrudniać edukację, funkcjonowanie w przedszkolu/szkole? Jeśli tak, jakie są ograniczenia.

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

7) Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

.....
.....

8) Wskazania do pracy z dzieckiem

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza