

Druk zaświadczenia zawierającego orzeczenie o stanie zdrowia dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach*

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce ur. ....

Pesel .....

Miejsce zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

2. Rozpoznanie na potrzeby wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dla dzieci/uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim):

### **indywidualnych/grupowych \***

.....

3. Okres trwania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (*nie dłuższy niż 5 lat*)

.....

4. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

5. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza)

\***podkreślić właściwe**