

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego PP-P w Płońsku
o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na:

** właściwe podkreślić*

- **Uczeń niesłyszący lub słabo słyszący**
- **Uczeń niewidomy lub słabowidzący**
- **Uczeń z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją**
- **Uczeń z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera**
- **Uczeń z niepełnosprawnościami sprzężonymi.**
- **Zagrożenie niedostosowaniem społecznym,**
- **Niedostosowanie społeczne**

Dotyczy przyznania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla ucznia:

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

PESEL dziecka

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

Rozpoznanie

(diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania):

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

Pieczęć i podpis lekarza

..... dnia r.