

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Płońsku**  
**o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na:**

**Imię i nazwisko**.....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**Miejsce zamieszkania** .....

**PESEL dziecka**

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

1) niepełnosprawność dziecka lub ucznia (*właściwe podkreślić*):

- a) niesłyszące
- b) słabosłyszące
- c) niewidzące
- d) słabowidzące
- e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- f) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
- g) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym
- h) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym
- i) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

2) niedostosowanie społeczne.

3) zagrożenie niedostosowaniem społecznym.

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

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

*Pieczęć i podpis lekarza*

.....