………………………………………

…………………………………………… (miejscowość, data)

 (pieczęć placówki)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**w celu wydania** **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność przez Zespół Orzekający PPP w Lesku**

***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., poz. 1743)*

*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U., poz. 1578)*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia: ………………………………………..…………………….……………………………………

Data i miejsce urodzenia:

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

Adres zamieszkania:

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

**Dziecko/ uczeń jest osobą** (właściwe zaznaczyć)

* Niewidomą
* Słabowidzącą

Wada wzroku:

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

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

Szkła:

− do bliży......................................................................................................................................

− do dali........................................................................................................................................

Pole widzenia:...............................................................................................................................

Rodzaj schorzenia: (jeśli występuje).................................................................................................

Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka/ ucznia: …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………...

Zalecane formy pomocy i wsparcia (wskazania lekarza specjalisty):

1. Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny: ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………
2. Rodzaj i rozmiar czcionki: (właściwe podkreślić)
* 16
* 24
1. Inne informacje:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

 ……………………………………

 (podpis i pieczątka lekarza)