**Załącznik Nr 5** do Procedury

działania zespołu orzekającego

w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

w Tarnowskich Górach

……………………………………

(pieczęć podmiotu służby zdrowia)

**Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/młodzieży**

z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim

**- dotyczy ubiegania się o wydanie**

**orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

na podstawie § 6 ust. 4 i 5 rozporządzenia 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 2017 poz. 1743)

***/sporządza lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego/***

**Imię i nazwisko dziecka** ……………………………………………………………………

**Data i miejsce urodzenia dziecka** …………………………………………………………

1. **Rozpoznanie dodatkowej choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z podaniem oznaczenia alfanumerycznego wg ICD**:

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

1. **Obraz kliniczny (opisowo - na potrzeby uzasadnienia diagnozy w orzeczeniu):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Zalecana forma zajęć (podkreślić A lub B)**
2. Indywidualna
3. Zespołowa
4. **Określenie okresu, na jaki lekarz proponuje wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (podkreślić A lub B)**
5. Na okres 5 lat
6. Inny okres (podać jaki) ………………………………………….
7. **Zalecenia lekarskie dotyczące dziecka, w tym dotyczące rehabilitacji, terapii specjalistycznych oraz zaopatrzenia medycznego**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………… ………………………

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza)