



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla celów oświatowych

Imię i nazwisko :

Data urodzenia:

Nr Pesel:

Adres zamieszkania:

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Ograniczenia motoryki małej :

.....

.....

.....

.....

Ograniczenia motoryki dużej :

.....

.....

.....

.....

Ograniczenia lokomocyjne :

.....

.....

.....

.....

Ograniczenia w funkcjonowaniu w środowisku edukacyjnym, zalecane warunki i formy wsparcia :

.....

.....

.....

.....

W przypadku takich potrzeb - określić niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny, środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych:

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

Zalicza się do grupy osób z niepełnosprawnością ruchową:

- tak
- nie

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)