

DIAGNOZA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PODSTAWIE DOKUMENTACJI SPECJALISTYCZNEJ

Imię i nazwisko dziecka (ucznia).....

Data urodzenia.....

Szkoła i klasa.....

Na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego potwierdza się.....

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

Dziecko/ucznia można zakwalifikować do kształcenia specjalnego dla niepełnosprawnych
(właściwe podkreślić):

- niesłyszących
- słabosłyszących
- niewidzących
- słabowidzących
- niepełnosprawnych ruchowo, w tym z afazją
- niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim/ umiarkowanym lub znacznym
- z autyzmem w tym z zespołem Aspergera
- z niepełnosprawnościami sprzężonymi
- niedostosowanych społecznie
- zagrożonych niedostosowaniem społecznym

.....

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)