…………………………………………. ………………………………..

*/ pieczątka zakładu opieki zdrowotnej/ / miejscowość / data /*

**Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka**

- *dot. wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla dzieci i młodzieży słabo widzących / niewidomych*

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

**/ *imię i nazwisko dziecka /***

*……………………………………… ……………………………* ***PESEL*** *…………………………………………*

***/data urodzenia / / miejsce urodzenia /***

*……………………………………………………………………………………………………………………………………*

***/ adres zamieszkania /***

**1. Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że uczeń wymaga objęcia kształceniem specjalnym dla dzieci słabo widzących / niewidomych**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

…………………………………………

*/ pieczątka i podpis lekarza /*

*Podstawa prawna : par. 6 pkt.4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dn. 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych ( Dz. U. Nr 173 , poz. 1072 ).*