

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć placówki medycznej

**ZAŚWIADCZENIE ORTOPEDY/NEUROLOGA/ DOTYCZĄCE
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI RUCHOWEJ**

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dziennik Ustaw z 30 września 2008 Nr 173 poz. 1072)

dotyczące kształcenia specjalnego z uwagi na niepełnosprawność ruchową

Imię i nazwisko:, data urodzenia:

Adres:.....

Rozpoznanie choroby , innej przyczyny, symbol choroby według ICD 10

.....

Ograniczenia motoryki małej:

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

Ograniczenia motoryki dużej:

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

Ograniczenia lokomocyjne:

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

.....
podpis i pieczęć lekarza