

PZO .....

**PROTOKÓŁ**  
**z posiedzenia składu orzekającego Powiatowego Zespołu ds.**  
**Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku**  
**( dot. dzieci do lat 16-tu )**

odbytego w dniu .....

Przedmiotem posiedzenia było rozpatrzenie wniosku nr ..... / odwołania złożonego  
w dniu ..... w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności.

**Imię i nazwisko dziecka** .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr PESEL .....

Nr leg. szkolnej/aktu urodzenia/paszportu .....

Adres stałego zameldowania:

ul. .... miejscowość.....

kod ..... gmina.....

**Imię i nazwisko opiekuna prawnego**.....

Nr dowodu osobistego:.....

Nr PESEL .....

Adres stałego zameldowania:

ul. .... miejscowość.....

kod ..... gmina.....

Adres do korespondencji:

ul. .... miejscowość.....

kod ..... poczta.....

W posiedzeniu udział wzięli :

*Przewodniczący składu orzekającego* :.....

Członkowie składu orzekającego :

*psycholog/ pedagog* - .....

*pracownik socjalny* - .....

Ze strony zainteresowanej udział wzięli :.....

Osoba towarzysząca: .....

Protokolant .....

## **I. Przebieg posiedzenia :**

### **1. Wyniki badań i rozmów z osobą zainteresowaną w ocenach specjalistów :**

- lekarza

.....

.....

.....

- psychologa/pedagoga

.....

.....

.....

- pracownika socjalnego

.....

.....

.....

### **2. Dowody w sprawie stanowią :**

1/ zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza leczącego,

2/ inne dokumenty dostarczone przez osobę zainteresowaną :

- .....

- .....

- .....

- .....

3/ ocena stanu zdrowia wystawiona przez lekarza – przewodniczącego składu orzekającego,

4/ ocena psychologa,

5/ ocena pracownika socjalnego,

6/ ocena pedagoga.

### **3. Odroczenie wydania orzeczenia ze względu na konieczność: uzupełnienia dokumentacji, dokonania dodatkowych badań specjalistycznych, konsultacji, obserwacji szpitalnych:**

.....

.....

.....

**II. Po rozpoznaniu sprawy na podstawie dokumentacji stanowiącej załącznik do protokołu oraz badania osoby zainteresowanej, skład orzekający postanowił :**

1. Zaliczyć do osób niepełnosprawnych, na okres **do dnia** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_
2. Symbol przyczyny niepełnosprawności: .....
3. Niepełnosprawność datuje się **od dnia** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ / **urodzenia.**
4. **Nie zaliczyć do osób niepełnosprawnych.**
5. Wskazania do :

a/ odpowiedniego zatrudnienia :

NIE DOTYCZY

b/ szkolenia, w tym specjalistycznego :

NIE DOTYCZY

c/ zatrudnienia w zakładzie aktywizacji zawodowej :

NIE DOTYCZY

d/ uczestnictwa w terapii zajęciowej :

NIE DOTYCZY

e/ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze :

☐ TAK, zgodnie z zaleceniami lekarza specjalisty ☐ NIE WYMAGA

.....  
.....

f/ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji :

☐ TAK ☐ NIE

g/ konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby :

☐ TAK ☐ NIE

h/ konieczność stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia , rehabilitacji i edukacji:

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

i/ korzystania z uprawnień określonych art. 8 ust. 3a pkt 2 – Prawo o ruchu drogowym.

☐ TAK, spełnia przesłanki ☐ NIE spełnia przesłanek

j/ prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

☐ TAK, spełnia warunki ☐ NIE spełnia warunków

[illegible]

Uzasadnienie zdania odrębnego stanowi załącznik do protokołu.

1. ....
2. ....

.....

Protokół sporządził/a : .....