

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia **ślabowidzącego i niewidzącego** na potrzeby zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Zgorzelcu

w celu wydania **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka \***

**Podstawa prawna:** Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (DZ. U. z 2026 r. poz. 428)

**Dane dziecka/ucznia:**

**Imię i nazwisko dziecka /ucznia:** .....

**Data urodzenia** ..... **miejsce urodzenia dziecka/ucznia:** .....

**PESEL dziecka/ucznia:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Miejsce zamieszkania dziecka/ucznia:** .....

### 1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego

(Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10, potwierdzona przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji, zgodnie z rodzajem niepełnosprawności lub problemu zdrowotnego):

- a) w przypadku niewidzenia lub słabego widzenia – okulistyka,
- b) w przypadku niesłyszenia lub słabego słyszenia – audiologia, foniatria, otolaryngologia dziecięca lub otolaryngologia,
- c) w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu lub rehabilitacja medyczna,
- d) w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatria dzieci i młodzieży lub psychiatria.

- **Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10:**

ICD -

--

**Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego:**

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

### 2. Czas i przebieg leczenia

(Opis przebiegu leczenia, rehabilitacji, stosowanych terapii i okresów hospitalizacji, jeśli dotyczy)

.....  
.....

.....  
.....  
**3. Ograniczenia funkcjonowania dziecka/ucznia**

*(Opis ograniczeń w funkcjonowaniu w przedszkolu, szkole lub placówce wynikających z rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego)*

.....  
.....  
.....  
.....  
**4. Informacje dodatkowe dotyczące opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień**

*(W przypadku objęcia dziecka/ucznia opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień – zalecenia do pracy w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, jeśli zostały przekazane przez lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego)*

.....  
.....  
**5. W przypadku niewidzenia lub słabego widzenia**

- Ostrość wzroku z aktualną korekcją: .....  
do dali ..... po korekcji .....
- Pole widzenia: .....
- Rokowania: .....
- Dodatkowe schorzenia i utrudnienia:  
.....  
.....
- Wpływ zdiagnozowanych zaburzeń na możliwości szkolne dziecka/ucznia  
.....  
.....
- Zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole:  
.....  
.....

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**Pieczętka i podpis lekarza**

**\* podkreślić właściwe**