

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

w celu wydania **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie wczesnego
wspomagania 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)

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczątka i podpis lekarza

*** podkreślić właściwe**