

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

zawierające orzeczenie o stanie zdrowia dziecka/ucznia **ślabowidzącego lub niewidzącego** wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w odpowiedniej dziedzinie medycyny

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, 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.

W przypadku niepełnosprawności sprzężonej konieczne może być przedstawienie dwóch zaświadczeń lekarskich.

- **Rozpoznanie główne zgodnie z klasyfikacją ICD:**

--	--	--	--	--

Rozpoznanie główne (wraz z oznaczeniem zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

- **Rozpoznanie/ Rozpoznania współwystępujące zgodnie z klasyfikacją ICD:**

--	--	--	--	--

Rozpoznanie współwystępujące (wraz z oznaczeniem zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

Rozpoznanie współwystępujące (wraz z oznaczeniem zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

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 ww. chorób lub problemów zdrowotnych)

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

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
do bliży 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

* podkreślić właściwe

.....
Pieczętka i podpis lekarza