

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

w celu wydania **orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

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:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia miejsce urodzenia dziecka:.....

PESEL dziecka:

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

Miejsce zamieszkania dziecka:

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 niesłyszania 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.

- **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)

--	--	--	--

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

(Opis ograniczeń w funkcjonowaniu wynikających z rozpoznania ww. chorób lub problemów zdrowotnych)

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

4. Określenie, czy dziecku niepełnosprawnemu w realizacji zajęć rewalidacyjno-wychowawczych niezbędny jest sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, jeśli tak, to jakie?

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

5. Określenie, czy zachodzi potrzeba realizowania zajęć w formie (właściwe podkreślić):

INDYWIDUALNEJ

czy

ZESPOŁOWEJ

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczętka i podpis lekarza