

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA

dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego przez Zespół Orzekający

(na pods. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U 2026r., poz.428)

Dokument NIE MOŻE ZAWIERAĆ BRAKÓW. W przypadku ich stwierdzenia organ wzywa do uzupełnienia pod rygorem pozostawienia bez rozpatrzenia.

Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista (art. 43. 1. Ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. 2023 poz. 506)).

Lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych*

Imię i nazwisko..... **PESEL**.....

2. Rozpoznanie niepełnosprawności (właściwe podkreślić)

niepełnosprawność: dziecko z afazją motoryczną

niepełnosprawność: dziecko z autyzmem niepełnosprawność: dziecko z zespołem Aspergera

dziecko z niepełnosprawnością ruchową (dysfunkcje pochodzenia mózgowego)

dziecko z niepełnosprawnością ruchową (dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego)

dziecko z niepełnosprawnością ruchową (dysfunkcje układu kostno – stawowego)

dziecko z niepełnosprawnością ruchową (braki kończyn – wrodzone lub stany po amputacji)

Choroba główna oraz choroby współwystępujące wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) na podstawie której rozpoznaje się niepełnosprawność:

Choroba główna..... **kod ICD**.....

3. Problemy funkcjonalne dziecka/ucznia wynikające z niepełnosprawności, a mające wpływ na jego funkcjonowanie w przedszkolu /szkole:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Specjalne warunki organizacji nauki w przedszkolu/szkole: formy usprawniania, niezbędny sprzęt specjalistyczny, rekomendowane metody pracy:

.....

.....

.....

data

pieczęć i podpis lekarza specjalisty***

pieczęć podmiotu akredytowanego lub w ramach świadczeń publicznych*

*** neurologii dziecięcej w przypadku afazji; psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii (w przypadku autyzmu, zespołu Aspergera); ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej (niepełnosprawności ruchowe)