

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
dotyczący wniosku o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju

(na podst. 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**.....

1. **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**.....

2. **Rozpoznanie niepełnosprawności**- dodatkowo należy załączyć zaświadczenie lekarza (specjalności adekwatnej do rozpoznania) zawierające opis dysfunkcji (wzroku- lekarz okulista; słuchu- lekarz audiologii, foniatrii, otolaryngologii; ruchu- lekarz ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej; autyzm- lekarz psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii)

dziecko niewidome

dziecko słabowidzące

dziecko niesłyszące

dziecko słabosłyszące

dziecko z niepełnosprawnością ruchową

dziecko z rozpoznaniem autyzmu w tym zespołu Aspergera

3. **Problemy funkcjonalne dziecka wynikające z niepełnosprawności, a mające wpływ na jego funkcjonowanie:**

.....

.....

.....

.....

.....

4. **Formy usprawniania, niezbędny sprzęt specjalistyczny, rekomendowane metody pracy:**

.....

.....

.....

.....

data

pieczęć i podpis lekarza

pieczęć podmiotu akredytowanego lub w ramach świadczeń publicznych*
--