

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

W celu wydania **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie
wczesnego wspomaganie rozwoju**

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 02.03.2026. Na podstawie art. 127 ust. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187 i 203)

Dane dziecka/ucznia

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL:

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

Miejsce zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego

(Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10, potwierdzona przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji-zatrudnionego w placówce publicznej, zgodnie z rodzajem niepełnosprawności lub problemu zdrowotnego.)

a) w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologa dziecięcego, ortopedy i traumatologa narządu ruchu lub rehabilitanta medycznego,

b) w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatra dzieci i młodzieży (dziecko do 18 r. ż.) lub psychiatra (dziecko po ukończeniu 18 r. ż.)

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.)

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczętka i podpis lekarza