

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
zawierające orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia
do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
i/lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Drawsku Pomorskim.

Podstawa prawna: §6 ust.6 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. poz.428) w związku z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zaświadczenie może wystawić lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji, odpowiednio w dziedzinie medycyny:

- a) w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej
- b) w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii
- c) w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia – okulistyki
- d) w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia – audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii

Zaświadczenie wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji – wydawane jest w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

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

PESEL

ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO WRAZ Z OZNACZENIEM ALFANUMERYCZNYM ZGODNYM Z MIĘDZYNARODOWĄ STATYSTYCZNĄ KLASYFIKACJĄ CHORÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH (ICD):

.....

--	--	--	--

.....

--	--	--	--

.....

--	--	--	--

.....

--	--	--	--

.....

.....

PROSZĘ O WSKAZANIE WPŁYWU CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO NA CODZIENNE FUNKCJONOWANIE DZIECKA LUB UCZNIA, NAPOTYKANE PRZEZ NIEGO TRUDNOŚCI (np. senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastrojów, agresja, podatność na infekcje etc.), w tym wpływające na proces uczenia się:

.....

.....

.....

.....
.....
.....
INFORMACJA O CZASIE I PRZEBIEGU LECZENIA

.....
.....
.....
ZALECENIA DO PRACY Z DZIECKIEM / UCZNIEM

Pole wymagane wyłącznie w przypadku objęcia dziecka/ucznia opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień — jeżeli zalecenia zostały wydane przez osobę udzielającą świadczenie zdrowotne.

.....
.....
.....
DANE LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO ZAŚWIADCZENIE

Specjalizacja / rodzaj lekarza (zaznaczyć właściwe):

- lekarz specjalista (specjalizacja.....)
 lekarz w trakcie specjalizacji (specjalizacja.....)

Placówka medyczna / praktyka

.....
.....
.....
Adres placówki
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)