

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
miejsowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.**

Podstawa prawna: rozporządzenie 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. z 2026r., poz. 428)

**Dotyczące uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające
w formie kształcenia specjalnego, wczesnego wspomaganie rozwoju¹**

.....
(imię i nazwisko dziecka / ucznia,

.....
(data i miejsce urodzenia i PESEL ucznia)

.....
(adres zamieszkania ucznia)

.....
(nazwa i adres przedszkola/ szkoły, klasy, nazwa zawodu w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie)

Diagnoza (określenie rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD)

.....
.....
.....
ICD

Leczony/a przez lekarza psychiatrę (od kiedy?):.....

Opis przebiegu choroby oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka:

.....
.....
.....
Data rozpoczęcia leczenia:

.....
¹ Niepotrzebne skreślić

Wynikające z niepełnosprawności ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w środowisku edukacyjnym, zalecane warunki i formy wsparcia (np. trudności w komunikacji, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia w procesie interakcji społecznych, zaburzenia integracji sensorycznej, nietypowe zachowania)

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

Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny, specjalne środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii wspomagającej funkcjonowanie dziecka/ucznia z autyzmem/zespołem Aspergera

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)