

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA

dla potrzeb zespołu orzekającego dotyczy wniosku o wydanie orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego i opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych Dz. U 2026., poz. 428)

### DANE DZIECKA/UCZNIA

Imię (imiona) i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL/w przypadku braku PESEL seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka/ucznia	
Adres zamieszkania	
Nazwa przedszkola/szkoły/ośrodka, oddział	

#### Rozpoznanie niepełnosprawności (właściwe podkreślić):

- |                             |                    |  |
|-----------------------------|--------------------|--|
| - niewidzenie               | - słabe widzenie   | - nie kwalifikuję                        |
| - niesłyszenie              | - słabe słyszenie  | - nie kwalifikuję                        |
| - niepełnosprawność ruchowa |                    | - afazja                                 |
| - autyzm                    | - zespół Aspergera |  |
| - niedostosowanie społeczne |                    | - zagrożenie niedostosowaniem społecznym |

- niepełnosprawności sprzężone (wymienić):

.....

.....

.....

**Rozpoznanie choroby / chorób lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) na podstawie, której rozpoznaje się niepełnosprawność:**

Jednostka chorobowa/jednostki chorobowe:

Kod ICD:

W przypadku niesłyszących lub słabosłyszących - **stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu, ocena funkcjonalna słyszenia**

W przypadku niewidomych i słabowidzących - **parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją**

Opis wyników badań i choroby oraz określenie trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka/ucznia:

Czas i przebieg dotychczasowego leczenia, rokowania:
Informacja w przypadku dziecka lub ucznia objętego opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień – zalecenia do pracy z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, do której uczęszcza:
Niezbędny sprzęt specjalistyczny, w który powinien być zaopatrzony uczeń (jeśli dotyczy):

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis lekarza specjalisty\*

.....

\*w przypadku niepełnosprawności sprzężonych wymagany jest podpis i pieczęć każdego ze specjalistów