

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia wydane dla potrzeb poradni psychologiczno-pedagogicznej

podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U. z dnia 30 marca 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia / PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące wczesnego wspomaganie rozwoju, kształcenia specjalnego lub zajęć rewalidacyjno - wychowawczych

I. Stan zdrowia dziecka/ucznia określa lekarz-specjalista:

- w przypadku niesłyszenia/słabegosłyszenia – audiolog, foniatra, otolaryngolog
- w przypadku niewidzenia/słabegowidzenia – okulista
- w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurolog dziecięcy, ortopeda i traumatolog narządu ruchu, lekarz rehabilitacji medycznej
- w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatra

1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego (z kodem ICD)

2. Ograniczenia w funkcjonowaniu istotne dla edukacji, wychowania i codziennego funkcjonowania

3. Na podstawie diagnozy medycznej stwierdzenie, że dziecko/uczeń wymaga specjalnych metod kształcenia jako osoba z niepełnosprawnością (właściwe zaznaczyć):

- z niepełnosprawnością ruchową
- z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją
- z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
- niesłysząca
- słabosłysząca (należy określić parametry):
 - stopień uszkodzenia słuchu.....
 - rodzaj uszkodzenia słuchu.....
 - ocena funkcjonalna słyszenia.....
- niewidoma
- słabowidząca (należy określić parametry):
 - ostrość wzroku.....
 - pole widzenia.....
 - aktualna korekcja.....
 - rokowania.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)