

.....
/pieczęć placówki medycznej/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Gostyninie
(do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,
zajęć rewalidacyjno-wychowawczych lub opinii wczesnego wspomaganie rozwoju)

na podstawie rozporządzenia 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. 2026 poz. 428)

I. DANE DZIECKA/UCZNIA

Imię (imiona) i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

II. DANE LEKARZA

Imię i nazwisko:

Dziedzina medycyny (specjalizacja):

lekarz specjalista

lekarz w trakcie specjalizacji

Numer prawa wykonywania zawodu (PWZ):

III. PODSTAWA WYDANIA ZAŚWIADCZENIA

Zaświadczenie wydaje się na podstawie:

dokumentacji medycznej

badania pacjenta

dokumentacji leczenia specjalistycznego

IV. ROZPOZNANIE

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego:

.....

Kod ICD:

.....

V. KATEGORIA PROBLEMU ZDROWOTNEGO

(właściwe zaznaczyć – zgodnie z rozpoznaniem)

- niewidzenie / słabe widzenie
- niesłyszenie / słabe słyszenie
- niepełnosprawność ruchowa (w tym afazja)
- autyzm (w tym zespół Aspergera)
- niepełnosprawności sprzężone

VI. POTWIERDZENIE WŁAŚCIWEJ DZIEDZINY MEDYCYNY

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje w dziedzinie medycyny właściwej dla rozpoznanego problemu zdrowotnego, tj.:

- okulistyka *(dla niewidzenia / słabego widzenia)*
- audiologia/foniatria/otolaryngologia/otolaryngologia dziecięca *(dla niesłyszenia/słabego słyszenia)*
- neurologia dziecięca/ortopedia i traumatologia narządu ruchu/rehabilitacja medyczna *(dla niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji)*
- psychiatria dzieci i młodzieży / psychiatria *(dla autyzmu, w tym zespołu Aspergera)*

VII. OPIS STANU ZDROWIA I FUNKCJONOWANIA

(opis powinien uwzględniać wpływ rozpoznania na funkcjonowanie dziecka, w szczególności w kontekście edukacyjnym)

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

VIII. DODATKOWE INFORMACJE (opcjonalnie)

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

IX. PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

Data wystawienia:

POUCZENIE:

Zaświadczenie powinno być wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny właściwej dla rodzaju problemu zdrowotnego dziecka lub ucznia oraz zawierać rozpoznanie wraz z kodem ICD.