

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNIA

dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Publicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Myszkowie celem
rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub
opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

*Podstawa prawna: § 6 ust.6 Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii
wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026 r.
poz. 428)*

Sporządza stosowanie do niepełnosprawności lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji tj.

- okulista (słabe widzenie i niewidzenie)
- audiolog, foniatra, otolaryngolog lub otolaryngolog dziecięcy (słabe słyszenie i niesłyszenie),
- neurolog dziecięcy (afazja),
- ortopeda lub lekarz rehabilitacji medycznej, neurolog dziecięcy (niepełnosprawność ruchowa),
- psychiatra dzieci i młodzieży lub psychiatra (zaburzenia ze spektrum autyzmu)

Uwaga ; w związku z § 6 ust.13 w/w rozporządzenia lekarz w trakcie specjalizacji sporządza przedmiotowe zaświadczenie w ramach świadczeń zdrowotnych jakich udziela dziecku/uczniowi w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń w ramach publicznej opieki zdrowotnej .

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

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

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym wg aktualnej klasyfikacji ICD:

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

Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzenia, możliwość poprawy):

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

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z choroby i przebiegu procesu leczenia i rehabilitacji:

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

Zalecenia lekarskie dotyczące niezbędnego w procesie kształcenia sprzętu specjalistycznego oraz zajęć terapeutycznych (zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny, metody pracy, technologie wspomagające):

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

Zalecenia i przeciwwskazania zdrowotne do uwzględnienia w procesie edukacji , w szczególności dla dziecka / ucznia objętego opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień:

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

.....
(Miejscowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)