

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

orzeczenie o stanie zdrowia dziecka na potrzeby zespołu orzekającego W PORADNI PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNEJ W GOLENIOWIE

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN 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)

w sprawie przyznania

- ☐ orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
☐ opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju

wydane przez

lekarza specjalistę, lekarza w trakcie specjalizacji (w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

I. 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)

II. DANE DZIECKA/UCZNIA:

imię (imiona) i nazwisko dziecka lub ucznia;

datę i miejsce urodzenia dziecka lub ucznia;

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer PESEL dziecka lub ucznia, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego jego tożsamość;

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej):

.....

od dnia

Informacja o czasie i przebiegu leczenia:

.....

.....

.....

.....

**III. ROZPOZNANIE CHOROBY LUB INNEGO PROBLEMU ZDROWOTNEGO DZIECKA/
UCZNIA, KTÓRE POWODUJĄ TRUDNOŚCI W FUNKCJONOWANIU:**

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

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

IV. KATEGORIA PROBLEMU ZDROWOTNEGO *(właściwe zaznaczyć – zgodnie z rozpoznaniem)*

- ☐ niesłyszenie
- ☐ słabe słyszenie
- ☐ niewidzenie
- ☐ słabe widzenie
- ☐ niepełnosprawność ruchowa
- ☐ afazja
- ☐ autyzm
- ☐ Zespół Aspergera

**V. OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU DZIECKA/UCZNIA WYNIKAJĄCE
ZE STWIERDZONEGO PROBLEMU ZDROWOTNEGO**

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

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

**VI. POTRZEBY DZIECKA/UCZNIA W ZAKRESIE SPRZĘTU SPECJALISTYCZNEGO/
ŚRODKÓW DYDAKTYCZNYCH/ TECHNOLOGII INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNYCH:**

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

VII. ROKOWANIA:

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

VIII. DODATKOWE INFORMACJE *(opcjonalnie)*

.....
.....

.....
podpis i pieczęć lekarza