

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

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;§ 6 ust.6)

Imię i nazwisko ur.....

Miejsce zamieszkania.....

Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej dotyczące wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii lub lekarz 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.

1. U dziecka / ucznia stwierdza się(zaznaczyć właściwe)

Autyzm

Zespół Aspergera

inne

2. Choroba główna i choroby niewspółistniejące wraz z **oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

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

3. Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia oraz ewentualne rokowania:

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

4. Wynikające z niepełnosprawności **trudności w codziennym** funkcjonowaniu dziecka w środowisku edukacyjnym, zalecane warunki i formy wsparcia:

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

5. W przypadku takich potrzeb, należy określić niezbędny proces kształcenia sprzęt specjalistyczny, specjalne środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno – komunikacyjnych:

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęćka i podpis lekarza