

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**  
**działającego w poradni psychologiczno-pedagogicznej**

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z dnia 14.09.2017 poz. 1743)

(dot. kształcenia specjalnego, wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka)  
może być wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji leczenia specjalistycznego

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

.....

ur. .... PESEL: .....

Miejsce zamieszkania: .....

1. W przypadku dziecka/ucznia niepełnosprawnego lekarz określa niepełnosprawność<sup>(\*)</sup>:

- a) niesłyszące
- b) słabosłyszące
- c) niewidzące
- d) słabowidzące
- e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- f) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
- g) inna niepełnosprawność (jaka?): .....

2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.

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

– Choroby współwystępujące:

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

---

<sup>(\*)</sup> Właściwe podkreślić

– Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

– Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

3. Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb dziecka/ucznia:

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

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/