_____ ……

(Pieczątka placówki medycznej) (miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
zawierające orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego i/lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3 w Poznaniu.

Podstawa prawna: §6 ust.6 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. poz.428) w związku z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zaświadczenie może wystawić lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji, odpowiednio w dziedzinie medycyny:

a) w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej
b) w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii

Zaświadczenie wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji – wydawane jest w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Imię i nazwisko dziecka/ucznia: ……..

PESEL

ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO WRAZ Z OZNACZENIEM ALFANUMERYCZNYM ZGODNYM Z MIĘDZYNARODOWĄ STATYSTYCZNĄ KLASYFIKACJĄ CHORÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH (ICD):

…… | | | | |

…… | | | | |

…..... | | | | |

…… | | | | |

……

……

PROSZĘ O WSKAZANIE WPŁYWU CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO NA CODZIENNE FUNKCJONOWANIE DZIECKA LUB UCZNIA, NAPOTYKANE PRZEZ NIEGO TRUDNOŚCI (np. senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastrojów, agresja, podatność na infekcje etc.), w tym wpływające na proces uczenia się:

……

……

……

……

……

……

INFORMACJA O CZASIE I PRZEBIEGU LECZENIA

……

……

……

……

ZALECENIA DO PRACY Z DZIECKIEM / UCZNIEM

Pole wymagane wyłącznie w przypadku objęcia dziecka/ucznia opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień — jeżeli zalecenia zostały wydane przez osobę udzielającą świadczenie zdrowotne.

……

……

……

……

……

……

DANE LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO ZAŚWIADCZENIE

Specjalizacja / rodzaj lekarza (zaznaczyć właściwe):

☐ lekarz specjalista (specjalizacja: ……)

☐ lekarz w trakcie specjalizacji (specjalizacja: ……)

Placówka medyczna / praktyka …….

……

…..……..

Adres placówki

……

……

……..

(pieczątka i podpis lekarza)