

(Pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejsowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia**  
**do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**  
**z uwagi na zagrożenie niedostosowaniem społecznym / niedostosowanie społeczne**  
**lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Poznaniu.

*Podstawa prawna: §6 ust.7 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)*

**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):**

.....	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table>				
.....	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table>				
.....	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table>				
.....	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table>				

**PROSZĘ O WSKAZANIE WPLYWU CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO NA CODZIENNE FUNKCJONOWANIE DZIECKA LUB UCZNIĄ ORAZ NAPOTYKANE PRZEZ NIEGO TRUDNOŚCI, w tym wpływające na proces uczenia się:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INFORMACJA O CZASIE I PRZEBIEGU LECZENIA**

.....

.....

.....

.....

**DANE LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO ZAŚWIADCZENIE**

**Specjalizacja / rodzaj lekarza (zaznaczyć właściwe):**

- lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego
- lekarz specjalista (specjalizacja: .....)
- lekarz w trakcie specjalizacji (specjalizacja:.....)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)