

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia na potrzeby zespołu orzekającego działającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Jaworze
w celu wydania **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie wczesnego
wspomagania**

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 02.03.2026. Na podstawie art. 127 ust. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187 i 203)

Dane dziecka/ucznia:

- Imię i nazwisko:
- Data i miejsce urodzenia:
- PESEL:
- Miejsce zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego

(Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10, potwierdzona przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji, zgodnie z rodzajem niepełnosprawności lub problemu zdrowotnego.)

- a) w przypadku niewidzenia lub słabego widzenia – okulistyka,*
b) w przypadku niesłyszenia lub słabego słyszenia – audiologia, foniatria, otolaryngologia dziecięca lub otolaryngologia,
c) w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu lub rehabilitacja medyczna,
d) w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatria dzieci i młodzieży lub psychiatria.

1a. W przypadku niewidzenia lub słabego widzenia

- Ostrość wzroku z aktualną korekcją:
.....
- Pole widzenia:
.....
- Rokowania:
.....
- Zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole:
.....
.....

1b. W przypadku niesłyszenia lub słabego słyszenia

- Stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu:
.....

- Ocena funkcjonalna słyszenia:.....
.....
- Zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole:
.....
.....

1c. Pozostałe choroby lub problemy zdrowotne

- Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10:

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

- Zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole:

.....
.....

2. Czas i przebieg leczenia

(Opis przebiegu leczenia, rehabilitacji, stosowanych terapii i okresów hospitalizacji, jeśli dotyczy.)

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

3. Ograniczenia funkcjonowania dziecka/ucznia

(Opis ograniczeń w funkcjonowaniu w przedszkolu, szkole lub placówce wynikających z rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego.)

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

4. Informacje dodatkowe dotyczące opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień

(W przypadku objęcia dziecka/ucznia opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień – zalecenia do pracy w placówce, jeśli zostały przekazane przez lekarza udzielającego świadczenia.)

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczątka i podpis lekarza: