

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zawierające orzeczenie o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb Zespołu  
Orzekającego działającego  
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w ..... w Zespole Poradni  
Psychologiczno - Pedagogicznych w Świdnicy.

na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 roku  
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych  
poradniach psychologiczno-pedagogicznych

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL

Miejsce zamieszkania .....

Przedszkole/szkoła/ośrodek/placówka.....

wiek/klasa .....

### Orzeczenie o stanie zdrowia:

(Wypełnia się dla dzieci/ uczniów, w stosunku, do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego oraz wczesnego wspomagania rozwoju dziecka).

#### 1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

Kod ICD:

.....  
.....

#### 1. Proszę o zakwalifikowanie choroby dziecka/ucznia do podanych niżej niepełnosprawności (właściwe podkreślić):

- w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia – lekarz okulistyki,
- w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia – lekarz audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii,
- w przypadku niepełnosprawności ruchowej- lekarz neurologii dziecięcej, lekarz ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,
- w przypadku afazji: lekarz neurologii dziecięcej
- w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – lekarz psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii.
- w przypadku niepełnosprawności intelektualnej – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

**2. W przypadku dzieci/uczniów słabowidzących i niewidomych należy opisać dodatkowo:**

a) parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją oraz rokowania:

.....  
.....

b) potrzeby w zakresie pomocy optycznych i nieoptycznych oraz technologii wspomagających:

.....  
.....

**3. W przypadku dzieci/uczniów słabosłyszących i niesłyszących należy opisać dodatkowo:**

a) stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu, ocenę funkcjonalną słyszenia:

.....  
.....

b) poziom komunikacji uwzględniający możliwości w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnych metod komunikacji, w tym języka migowego i fonogestów:

.....  
.....

c) potrzeby w zakresie urządzeń wspomagających słyszenie i odbiór audiowizualny:

.....  
.....

**4. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowania:**

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

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczętka i podpis lekarza specjalisty  
albo lekarza w trakcie specjalizacji\*)

**Na podstawie dokumentacji medycznej w przypadku niepełnosprawności intelektualnej:**

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczętka i podpis lekarza podstawowej  
opieki zdrowotnej)

\* Zaświadczenie wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji lekarz ten wydaje w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.