

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejsce i data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(zaświadczenie lekarskie, zawierające orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203), określające rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji, w dziedzinie medycyny odpowiednio:  
w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej)

### **o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rawiczu**

(działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie opinii i orzeczeń wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych, Dz.U. 2026 poz.428)

#### **Dot. Kształcenia specjalnego/wczesnego wspomaganie rozwoju dla dziecka/ucznia z uwagi na niepełnosprawność ruchową, w tym afazję**

#### **1. Dane dziecka/ucznia:**

**Imię i nazwisko:** .....

**Data i miejsce urodzenia:** .....

**PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Adres zamieszkania:** .....

#### **2. Rozpoznanie niepełnosprawności lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:**

.....  
.....

#### **3. Opis stanu zdrowia dziecka/ucznia: (w tym przebieg choroby, funkcjonowanie, dotychczasowe leczenie, objawy istotne dla procesu edukacyjnego):**

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

**Rokowania:**.....

.....

**4. Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie dziecka/ucznia: (wpływ uszkodzenia, w szczególności trudności w codziennym funkcjonowaniu, nauce, komunikacji, zachowaniu):**

.....

**5. Informacja o leczeniu (czas trwania leczenia, jego przebieg, stosowane formy terapii):**

.....

**6. Zalecenia dotyczące pracy z dzieckiem/uczniem w przedszkolu/szkole/placówce:**

.....

**7. Uwagi dodatkowe (opcjonalnie):**

.....

**POUCZENIE:**

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)