

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY DZIECI I MŁODZIEŻY LUB PSYCHIATRY

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

**Zaświadczenie załącza się do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
i/lub opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.**

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

1. Dane dziecka/ucznia:

Imię i nazwisko:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

PESEL

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

Adres zamieszkania:.....

2. Diagnoza/rozpoznanie medyczne, wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z ICD:

.....
.....

3. Choroby i zaburzenia współistniejące wraz z oznaczeniem ICD:

.....
.....

4. Opis wpływu choroby/zaburzenia lub innego problemu medycznego na funkcjonowanie dziecka/ucznia:

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

5. Informacja o czasie i przebiegu leczenia, w tym leczenia farmakologicznego i rokowania:

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

6. Zalecenia do pracy z dzieckiem/uczniem w przedszkolu/szkole (metody, formy i warunki dostosowania):

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

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.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)