……., dnia …….….

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane przez lekarza specjalistę lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny, odpowiednio:

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

Dotyczy wydania **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego / opinii o potrzebie wczesnego wspomagania**

Podstawa prawna: 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. z 2026 r., poz. 428.)

W sprawie dziecka/ ucznia:

……
imię i nazwisko

urodzonego …….…… w …….……..…….……...

zamieszkałego w ……..……...
adres

Diagnoza, występująca niepełnosprawność.[1] Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).

...……...……

……..……

…….……..…….……..……

...……...……

……..……

…….……..…….……..……

Określenie specyficznych warunków realizacji potrzeb edukacyjnych, w tym specjalistycznego sprzętu. Wskazanie istotnych dla przebiegu kształcenia trudności dziecka/ucznia w codziennym funkcjonowaniu.

...……...……

[1] W przypadku dzieci i uczniów słabowidzących i niewidomych należy uwzględnić dodatkowo: charakterystykę kliniczną jednostki chorobowej, parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją oraz rokowania. W przypadku dzieci i uczniów słabosłyszących i niesłyszących należy uwzględnić dodatkowo: charakterystykę kliniczną jednostki chorobowej: stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu, ocenę funkcjonalną słyszenia.

...……...……

……...……

...……...……

……..……

……..……..……..……

……...……

Zalecenia do pracy z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, do której uczęszcza.
(w przypadku dziecka lub ucznia objętego opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień)

...……..……..……

……..

...……..……..……

……..

...……..……..……

……..

pieczęć placówki medycznej

…….
(pieczęć i podpis lekarza)

Oświadczam, że jestem lekarzem będącym w trakcie specjalizacji właściwej ze względu na niepełnosprawność dziecka. (W takiej sytuacji prosimy o dołączenie pieczęci placówki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.)[2]

…….
(pieczęć placówki medycznej)

[2] Wymóg wynika z § 6 pkt. 13 rozporządzenia (Dz. U. z 2026 r., poz. 428.).