

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WCZESNE WSPOMAGANIE ROZWOJU, KSZTAŁCENIE SPECJALNE ZAJĘCIA REWALIDACYNO –WYCHOWAWCZE  
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego w PCWE/Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Oleku  
działającego na podstawie: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 30 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych  
przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2026r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Data urodzenia ....., miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

**1. Stwierdzam, że dziecko lub uczeń, jest osobą niepełnosprawną i wymaga objęcia**  
(właściwe zaznaczyć):

- wczesnym wspomaganie rozwoju** (dot. dzieci od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole)
- kształceniem specjalnym** (dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych w wieku przedszkolnym i szkolnym)
- zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi indywidualnymi / zespołowymi\*** (wyłącznie dot. dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną głębokiego stopnia)

**2. Rodzaj niepełnosprawności stwierdzony u dziecka lub ucznia:** słabe słyszenie/ niesłyszenie;  
słabe widzenie/ niewidzenie; niepełnosprawność ruchowa (określić rodzaj niepełnosprawności),  
afazja, autyzm, Zespół Aspergera, niepełnosprawność intelektualna, inne (jakie?)

**proszę wpisać odpowiedni rodzaj niepełnosprawności wg podanego nazewnictwa:**

.....  
**3. Niedostosowanie społeczne**  (zaznaczyć, jeśli dotyczy)

**4. Zagrożenie niedostosowaniem społecznym**  (zaznaczyć, jeśli dotyczy)

**Rozpoznanie – choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD**

--	--	--	--	--

.....  
(wskazanie rozpoznania głównego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

.....  
(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

.....  
(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

**Wynikające z niepełnosprawności oraz/ lub z chorób ograniczenia w funkcjonowaniu  
dziecka lub ucznia, a w szczególności ich wpływ na proces uczenia się dziecka/ ucznia:**

.....  
**Ocena wyników leczenia i rokowania:**

.....  
**Używane zapatrzanie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny – ewentualne potrzeby w tym  
zakresie:**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

