

.....  
pieczętka placówki służby zdrowia

Data .....

## ZAŚWIADCZENIE

wydane przez lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii, lekarza w trakcie specjalizacji<sup>1</sup>

### dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na autyzm, w tym zespół Aspergera

*(dla potrzeb Zespołu Orzekającego PCWE/ Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Olecku)*

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespół orzekający działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428)

Imię i nazwisko	
PESEL	
Nazwa poradni specjalistycznej po opieką, której jest dziecko/pełnoletni uczeń	
Od kiedy jest pod opieką poradni?	

#### Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem zgodnym z ICD

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

#### Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego:

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

.....  
podpis i pieczętka lekarza

<sup>1</sup> w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych