

.....  
pieczętka placówki służby zdrowia

Data .....

## ZAŚWIADCZENIE

wydane przez lekarza specjalistę neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu,  
rehabilitacji medycznej, lekarza w trakcie specjalizacji<sup>1</sup>,

**dotyczy wniosku o kształcenie specjalne ze względu na niepełnosprawność ruchową,  
w tym afazję**

*(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 zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428)

<b>Imię i nazwisko</b>																					
<b>PESEL</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
<b>Nazwa poradni specjalistycznej po opieką, której jest dziecko/pełnoletni uczeń</b>																					
<b>Od kiedy jest pod opieką poradni?</b>																					

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

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

### Wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia .....

.....  
.....

.....  
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