……
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej

działającego na podstawie *Rozp. MEN z dn. 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)*

Imię i nazwisko: …….. ur. ……

Miejsce zamieszkania …….

PESEL

1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Skalą Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) w celu ubiegania się o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego / opinii o potrzebie WWR z uwagi na:

- ☐ Niepełnosprawność ruchowa (ICD) ……...…….
- ☐ Afazja (ICD) ……...…..
- ☐ Autyzm (ICD) ……..….
- ☐ Zespół Aspergera (ICD) ……..…….
- ☐ Zagrożenie niedostosowaniem społecznym (ICD) ……...……
  (dotyczy uczniów od klasy I szkoły podstawowej)
- ☐ Niedostosowanie społeczne (ICD) ……...…….
  (dotyczy uczniów od klasy I szkoły podstawowej – zachowania o charakterze dyssocjalnym, agresywnym, przestępczym)
- ☐ Niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim (ICD)……...…….
  (dotyczy osób ubiegających się o zajęcia rewalidacyjno – wychowawcze w formie indywidualnej)
- ☐ Inna niepełnosprawność (ICD) …….
  (dotyczy ubiegania się o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka)

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

……

……

……

……

……

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania

……

……

……

……

……

…… ……..
(miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza specjalisty)