

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka, którego rodzice ubiegają się o wydanie
opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Pleszewie

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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)

Zaświadczenie wydaje

- **lekarz specjalista**
- **lekarz w trakcie specjalizacji w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

I. DANE DZIECKA

.....
imię i nazwisko dziecka
.....
data urodzenia
.....
adres zamieszkania dziecka

II. ROZPOZNANIE

Rozpoznana niepełnosprawność dziecka

W wyniku przeprowadzonej diagnozy medycznej / analizy dokumentacji medycznej
stwierdzam, że **dziecko jest NIEPEŁNOSPRAWNE**, a jego niepełnosprawność dotyczy:

- niepełnosprawności wzroku (dziecko niewidzące lub słabowidzące):
symbol ICD-10 oraz nazwa:
.....
- niepełnosprawności słuchu (osoba niesłysząca lub słabosłysząca):
symbol ICD-10 oraz nazwa:
.....
- niepełnosprawności ruchowej:
symbol ICD-10 oraz nazwa:
.....
- autyzmu, w tym zespołu Aspergera:
symbol ICD-10 oraz nazwa:

.....

Wynikające z ww. niepełnosprawności **aktualne ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka

.....

Zalecenia medyczne dot. zakresu wspierania rozwoju dziecka

.....

data, pieczętka i podpis lekarza
specjalisty w zakresie rozpoznanej choroby