

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Polkowicach

Na podstawie: art. 127 ust.18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r., poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187 i 203), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

.....
(imię i nazwisko dziecka / ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(adres zamieszkania dziecka / ucznia)

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD); diagnoza lekarza specjalisty lub lekarza w trakcie specjalizacji – zgodnie z rodzajem niepełnosprawności lub problemu zdrowotnego: • W przypadku niewidzenia lub słabego widzenia – okulista

- W przypadku niesłyszenia lub słabego słyszenia – audiolog, foniatra, otolaryngolog dziecięcy lub otolaryngolog
- w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji - neurolog dziecięcy, ortopeda, traumatolog narządu ruchu, lekarz specjalista rehabilitacji medycznej
- w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatra dzieci i młodzieży lub psychiatra
- w przypadku zagrożenia niedostosowaniem społecznym lub niedostosowania społecznego – psychiatra dzieci i młodzieży lub psychiatra

1. NIEWIDZENIE LUB SŁABE WIDZENIE

KOD Charakterystyka kliniczna.....

Czy dziecko/uczeń spełnia kryterium diagnozy: niewidzenie TAK NIE słabe widzenie TAK NIE

Ostrość wzroku z aktualną korekcją:

Pole widzenia:

Rokowania:

.....

Zalecenia dotyczące funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu/ w szkole:

.....

2. NIESŁYSZENIE LUB SŁABE SŁYSZENIE

KOD Charakterystyka kliniczna.....

Czy dziecko/uczeń spełnia kryterium diagnozy: niesłyszenie TAK NIE słabe słyszenie TAK NIE

Stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu:

Ocena funkcjonalna słyszenia:

.....

Rokowania:

.....

Zalecenia dotyczące funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu/ w szkole:

.....

3. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ RUCHOWA, W TYM AFAZJA

KOD Charakterystyka kliniczna.....

Czy jednostka chorobowa spełnia kryterium diagnozy niepełnosprawności ruchowej? TAK NIE

Opis przebiegu leczenia:

.....

Rokowania:

.....

Zalecenia dotyczące funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu/ w szkole:

.....

4. AUTYZM, W TYM ZESPÓŁ ASPERGERA

KOD Charakterystyka kliniczna.....
.....
.....

Zalecenia dotyczące funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu/ w szkole:
.....

5. ZAGROŻENIE NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM / NIEDOSTOSOWANIE SPOŁECZNE

KOD Charakterystyka kliniczna.....

Czy zdiagnozowane zaburzenia są przyczyną zagrożenia niedostosowaniem społecznym lub niedostosowania społecznego? TAK NIE

Zalecenia dotyczące funkcjonowania ucznia/uczennicy w szkole.....
.....

6. INFORMACJE DODATKOWE DOTYCZĄCE NP. LECZENIA UZALEŻNIEŃ, LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO LUB INNEGO LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

KOD Charakterystyka kliniczna.....
.....

Zalecenia dotyczące funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu/ w szkole:
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza