

Druk zaświadczenia o stanie zdrowia dziecka, ucznia z niepełnosprawnością ruchową w tym z afazją zgodnie z § 6 ust. 6 pkt 1 z Rozporządzeniem 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. 2026 r., poz. 428)

.....
(pieczęć placówki medycznej,
w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji
wymagana jest pieczęć placówki publicznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wypełnia lekarz neurolog dziecięcy, ortopeda, traumatolog narządu ruchu, lekarz rehabilitacji medycznej)

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Stoku Lackim wypełnia się dla dzieci i uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

Kod ICD**oraz nazwa**.....

.....

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej oraz rokowania:

.....

.....

2. Rodzaj stwierdzonej niepełnosprawności – dziecka/ucznia:

niepełnosprawność ruchowa, w tym afazja*

W przypadku diagnozy afazji należy podać:

* diagnozujemy afazję powyżej 5 roku życia; nie diagnozujemy afazji u dzieci z autyzmem, Zespołem Aspergera, niepełnosprawnością intelektualną, niedosłuchem

- rodzaj afazji

- przeprowadzone badania specjalistyczne potwierdzające afazję, uzasadnienie diagnozy

.....

.....

.....

.....

3. Czy rozpoznane u dziecka choroby warunkują **korzystanie ze specjalistycznego sprzętu medycznego:**

jeśli tak, to jakiego (należy wymienić specjalistyczny sprzęt medyczny, z którego powinno korzystać dziecko)?

.....

.....

4. Jakie **ograniczenia i/lub bariery w funkcjonowaniu** dziecka/ucznia powoduje choroba/problem zdrowotny?

.....

.....

5. **Poradnie specjalistyczne** pod opieką których znajduje się dziecko/ uczeń:

.....

.....

7. **Przebieg choroby, dotychczasowego leczenia, przewidywany czas leczenia** (od jakiego czasu dziecko pozostaje pod opieką lekarza specjalisty, wyniki obserwacji i badań znaczących dla stanu zdrowia, hospitalizacja, farmakoterapia)

.....

.....

.....

.....

.....
miejscowość, data

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty/
lekarza w trakcie specjalizacji