

Druk zaświadczenia o stanie zdrowia dziecka, ucznia z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera 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

wydane przez lekarza specjalistę: psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dla potrzeb zespołu orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Stoku Lackim (dotyczy postępowania w sprawie kształcenia specjalnego/wczesnego wspomagania rozwoju dziecka)

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Rozpoznanie psychiatryczne choroby lub 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:

.....
.....

Rokowania:

.....
.....

W przypadku dziecka/ucznia objętego opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień zalecenia do pracy z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, do której dziecko lub uczeń uczęszcza:

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

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

TAK NIE

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

.....
.....

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

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

Poradnie specjalistyczne sprawujące opiekę nad dzieckiem/ uczniem:

.....
.....

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

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty/
lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie
psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii