

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/ucznia starającego się o orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji z dnia z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych – Dz.U. 2026 poz. 428

Imię i Nazwisko.....data i miejsce ur.....

PESEL 

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

(W przypadku braku numeru PESEL proszę podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka)

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

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

KOD ICD - 1.....

--

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

### **WAŻNE**

**Zaświadczenie musi być wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny odpowiednio:**

- w przypadku niedowidzenia albo słabego widzenia – okulistyki,
- w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia – audiologii, foniatryi, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii,
- w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tych afazji – neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,
- w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii (§6 ust.1).

### **Oświadczenie lekarza w trakcie specjalizacji:**

**Oświadczam, że zaświadczenie wydaję w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust. 13).**

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)