

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia

do wydania orzeczenia o **potrzebie kształcenia specjalnego**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Brzeszczach

działającego na podstawie Rozporządzenia 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).

Imię i nazwisko:

Data i miejsce ur. **PESEL**

Adres zamieszkania

Diagnoza medyczna (krótki opis niepełnosprawności)

wg ICD-10

Określenie powodu, dla którego stwierdzono potrzebę kształcenia specjalnego (prosimy podkreślić rodzaj niepełnosprawności):

1) niepełnosprawność dziecka lub ucznia:

a) niesłyszące(pieczęć, podpis lekarza)

b) słabosłyszące (pieczęć, podpis lekarza)

c) niewidzące (pieczęć, podpis lekarza)

d) słabowidzące (pieczęć, podpis lekarza)

e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją (pieczęć, podpis lekarza)

f) z autyzmem, w tym z Zespołem Aspergera (pieczęć, podpis lekarza)

2) niedostosowanie społeczne (pieczęć, podpis lekarza)

3) zagrożenie niedostosowaniem społecznym..... (pieczęć, podpis lekarza)

Wpływ niepełnosprawności na funkcjonowanie dziecka lub ucznia:

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

Medyczne wskazania dotyczące procesu edukacyjnego wynikające z rozpoznanej diagnozy:

.....

.....

.....

.....

Dziecko/uczeń w procesie edukacyjnym wymaga następującego sprzętu specjalistycznego:

.....

.....

.....

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć, podpis lekarza