

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia

do wydania opinii o **potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**
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

urodzona/y W

zamieszkała/y w
adres

OKREŚLENIE POWODU Z UWAGI, NA KTÓRY STWIERDZONO POTRZEBĘ
WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU
ZE WZGLĘDU NA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DZIECKA

Diagnoza lekarska wraz ze wskazaniem niepełnosprawności.....

.....
**Oznaczenie alfanumeryczne zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową
Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)**

.....
Czynniki, które ograniczają prawidłowe funkcjonowanie:

.....
**W przypadku niepełnosprawności ruchowej czy wymaga rehabilitacji i w jakim zakresie
oraz określenie niezbędnego sprzętu specjalistycznego**

.....
**Na podstawie diagnozy medycznej oraz zgodnie rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z
dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla
dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych
niedostosowaniem społecznym stwierdza się, że dziecko wymaga specjalnych metod kształcenia
jako osoba niepełnosprawna (właściwe podkreślić):**

TAK

NIE

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza