

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Jastrzębiu-Zdroju w związku z kwalifikacją dziecka/ucznia do:

- ✓ kształcenia specjalnego
- ✓ zajęć rewalidacyjno-wychowawczych*

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043, z późn. zm.),
- Rozporządzenia MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026r. poz. 428).

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia.....miejsce urodzenia.....

Nr PESEL

1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji **

(Kod ICD)

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

2. Występująca niepełnosprawność:*

- a) słabe widzenie
- b) niewidzenie
- c) słabe słyszenie
- d) niesłyszenie
- e) niepełnosprawność ruchowa
- f) afazja
- g) autyzm
- h) Zespół Aspergera
- i) zagrożenie niedostosowaniem społecznym
- j) niedostosowanie społeczne

* właściwe podkreślić

** zaświadczenie wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji wydawane jest w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

