

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chorzowie**  
**w celu wydania orzeczenia o potrzebie**  
**KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO**  
**DLA DZIECKA / UCZNIĄ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie 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, poz. 428)*

**Imię i nazwisko**.....**Data urodzenia**.....

**1) Określenie rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):**

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

**2) Rozpoznana choroba lub problem zdrowotny kwalifikuje dziecko/ucznia do podanych niepełnosprawności (konieczne podkreślenie przez lekarza)**

- A. autyzm, w tym zespół Aspergera
- B. niesłyszenie
- C. słabe słyszenie
- D. niewidzenie
- E. słabe widzenie
- F. niepełnosprawność ruchowa, w tym afazja

**3) Dodatkowo w przypadku stwierdzenia B/C (niesłyszenie/słabe słyszenie) lekarz specjalista podaje stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu, a w przypadku D/E (niewidzenie/słabe widzenie) parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją oraz rokowania**

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

**4) Informacje o czasie i przebiegu choroby/problemu zdrowotnego wskazanego w pkt 1**

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

**5) Informacje o wynikach badań istotnych dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**

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

**6) W przypadku dziecka lub ucznia objętego opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień – informacje dotyczące zaleceń do pracy z dzieckiem lub uczniem w placówce edukacyjnej do której uczęszcza (należy wypełnić jeżeli dotyczy)**

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

**7) Informacja o stanie zdrowia ucznia, istotna do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na zagrożenie niedostosowaniem społecznym lub niedostosowaniem społecznym (należy wypełnić jeżeli dotyczy)**

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

**Zgodnie z § 6 ust. 6 pkt.1 ww. rozporządzenia zaświadczenie lekarskie wydaje lekarz specjalista albo lekarz w trakcie specjalizacji, w dziedzinie medycyny odpowiednio:**

1. w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia – okulistyki,
2. w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia – audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii,
3. w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,
4. w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii.

Zaświadczenie, wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji, lekarz ten wydaje w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....  
pieczęć i podpis lekarza