

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**NEUROLOGA DZIECIĘCEGO/ ORTOPEDY I TRAUMATOLOGA NARZĄDU RUCHU/  
LEKARZA REHABILITACJI MEDYCZNEJ\***

**Orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego  
PCRE w Hławie, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Hławie działającego na podstawie  
§ 6 ust. 5 i 6 Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 02 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)**

**Dotyczy wydania\*:**

**opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju** (dot. dzieci do 3 roku życia oraz dzieci w wieku przedszkolnym, tj. od chwili **wykrycia niepełnosprawności** do podjęcia nauki w szkole)

**orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego** (dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych w wieku przedszkolnym i szkolnym)

**z uwagi na (kategoria problemu zdrowotnego)\*:**

niepełnosprawność ruchową, w tym afazję     niepełnosprawność ruchową     afazję

\* właściwe zaznaczyć

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Data i miejsce urodzenia ....., PESEL: .....

Miejsce zamieszkania .....

**Stan zdrowia dziecka/ucznia** [rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)] – **charakterystyka kliniczna**

KOD ICD: .....

Rozpoznanie: .....

KOD ICD: .....

Rozpoznanie: .....

KOD ICD: .....

Rozpoznanie: .....

**Opis przebiegu choroby/ problemu zdrowotnego i dotychczasowego leczenia** (czas i przebieg leczenia, ocena wyników leczenia, rokowania, w tym możliwość poprawy):

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

**Wyniki badań istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka/ ucznia wynikające z choroby/ problemu zdrowotnego:**

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

**Trudności w codziennym funkcjonowaniu wynikające z choroby/ problemu zdrowotnego, a w szczególności ich wpływ na proces uczenia się dziecka/ucznia:**

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

**Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny/ środki pomocnicze/ sprzęt specjalistyczny – ewentualne potrzeby w tym zakresie:**

.....  
.....

**Dziecko/ uczeń w opinii lekarza specjalisty wymaga stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy\*:**

tak

nie

Jednocześnie, w związku z ubieganiem się pacjenta o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego albo opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka **udostępniam kopię dokumentacji medycznej z leczenia choroby lub problemu zdrowotnego**, zawierającą informację o czasie i przebiegu leczenia [§ 6 ust. 6 pkt 2) Rozporządzenia]

**INFORMACJA:** zaświadczenie stanowi podstawę do ubiegania się o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego albo opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i powinno być sporządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty/  
lekarza w trakcie specjalizacji\*\*)

\* właściwe zaznaczyć

\*\* lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie 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 Rozporządzenia).