

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Informacja o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb Zespołu Orzekającego w PCRE
w Ilawie, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ilawie działającego na podstawie:
§ 6 ust. 5 i 7 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:

orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dot. dzieci i młodzieży wyłącznie z niepełnosprawnością intelektualną głębokiego stopnia)

w formie*:

indywidualnej

zespolowej

* właściwe zaznaczyć

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia, PESEL:

Miejsce zamieszkania

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

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, możliwość poprawy):

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

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt specjalistyczny/ środki pomocnicze i dydaktyczne – potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

**Wyniki badań istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu wynikające z choroby/
problemu zdrowotnego, a w szczególności ich wpływ na proces uczenia się dziecka:**

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

INFORMACJA: zaświadczenie stanowi podstawę do ubiegania się o wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych i powinno być sporządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis lekarza)