

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/ UCZENNICY/UCZNIA  
KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU**

**DOTYCZĄCE DZIECKA/ UCZENNICY/ UCZNIA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O KSZTAŁCENIE SPECJALNE z uwagi na  
AUTYZM, W TYM ZESPÓŁ ASPERGERA**

Zaświadczenie wydaje się na **potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej** w celu wydania orzeczenia na podstawie art.127 ust.10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.– Prawo oświatowe (Dz.U.z 2017 r. poz.59 i 949), oraz 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. 2026 poz. 428)

Zaświadczenie lekarskie, **musi zawierać** orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203), **określające rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym** zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), wydane przez **lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii** albo **lekarza w trakcie specjalizacji, tylko jeśli** lekarz ten 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.**

**I.DANE DZIECKA/ UCZENNICY/ UCZNIA**

.....  
(imię i nazwisko dziecka/ uczennicy/ ucznia) (data urodzenia dziecka/uczennicy/ ucznia)

**II.ROZPOZNANIE**

**Rozpoznanie:** nazwa i symbol ICD-10 choroby lub innego problemu zdrowotnego dziecka/ uczennicy/ ucznia **kwalifikującego go na kształcenie specjalne:**

- **Autyzm, w tym Zespół Aspergera:**  
symbol ICD-10 ..... **oraz nazwa:** .....

Dla wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego **konieczne jest podanie poniższych danych:**

**1. Informacja o przeprowadzonych badaniach specjalistycznych oraz czasie i przebiegu leczenia.**

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

2. **Trudności i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z problemu zdrowotnego** .....

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

3. **Sprzęt specjalistyczny niezbędny do zabezpieczenia potrzeb edukacyjnych dziecka/ucznia.**

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

4. **Określenie potrzeby wprowadzenia bądź kontynuacji wspomagającej lub alternatywnej metody komunikacji.**

.....  
.....

5. **Zalecenia do pracy z dzieckiem/ucznem w placówce edukacyjnej**

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

data, pieczętka i podpis lekarza  
**specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i  
młodzieży lub psychiatrii**

data, pieczętka i podpis lekarza  
**w trakcie specjalizacji**

**UWAGA!**

**Jeśli zaświadczenie wydaje lekarz w trakcie specjalizacji:**

|  |  |
|--|--|
| <b>Pieczętka jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne i podpis kierownika jednostki, poświadczający, że świadczenie zdrowotne zostało udzielone w tej placówce.</b> | <b>Pieczętka jednostki udzielającej świadczeń w ramach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i podpis kierownika jednostki, poświadczający, że świadczenie zdrowotne zostało udzielone w tej placówce.</b> |
|  |  |