

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA****KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU  
DOTYCZĄCE DZIECKA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O **WCZESNE WPOMAGANIE ROZWOJU****

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 dentysty (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 właściwej dla stawianej diagnozy** albo **lekarza w trakcie specjalizacji, tylko jeśli** lekarz ten wydaje zaświadczenie w ramach udzielania dziecku świadczeń zdrowotnych w **jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne** lub w ramach udzielania świadczeń **opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

**I.DANE DZIECKA**

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

.....  
(data urodzenia dziecka/uczenicy/ ucznia)

**II.ROZPOZNANIE**

**Rozpoznanie:** nazwa i symbol ICD choroby lub innego problemu zdrowotnego **dziecka stwierdzające niepełnosprawność i kwalifikującego go** do wydania opinii o potrzebie **wczesnego wspomaganie rozwoju** z uwagi na:

- **Autyzm, w tym zespół Aspergera** (diagnozę postawić może specjalista medycyny w zakresie **psychiatrii dzieci i młodzieży**) :  
symbol ICD ..... oraz nazwa: .....
- **Niesłyszenie lub słabe słyszenie** (diagnozę postawić może specjalista medycyny w zakresie **audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii**) :  
symbol ICD..... oraz nazwa: .....
- **Niewidzenie lub słabe widzenie** (diagnozę postawić może specjalista medycyny w zakresie **okulistyki**) :  
symbol ICD ..... oraz nazwa: .....
- **Niepełnosprawność ruchowa w tym afazja** (diagnozę postawić może specjalista medycyny w zakresie **neurologii dziecięcej, ortopedii, traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej**) :  
symbol ICD ..... oraz nazwa: .....

Dla wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju **konieczne jest podanie poniższych danych:**

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

.....  
.....

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

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

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

**3. Zalecenia do pracy z dzieckiem w placówce edukacyjnej**

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

data, pieczętka i podpis lekarza  
**specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej  
dla stawianej diagnozy**

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>