

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Bielsku-Białej w związku z kwalifikacją dziecka/ucznia do:

- **kształcenia specjalnego**
- **wczesnego wspomaganie rozwoju**
- **zajęć rewalidacyjno-wychowawczych***

Podstawa prawna:

- *Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043, z późn. zm.),*
- *Rozporządzenia MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026r. poz. 428).*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia.....miejsce urodzenia.....

Nr PESEL

1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji **

(Kod ICD)

.....

.....

.....

2. Występująca niepełnosprawność:*

- **dziecko/uczeń słabowidzący**
- **dziecko/uczeń niewidzący**
- **dziecko/uczeń słabosłyszący**
- **dziecko/uczeń niesłyszący**
- **dziecko/uczeń z niepełnosprawnością ruchową (w tym z afazją motoryczną)**
- **dziecko/uczeń z autyzmem**
- **dziecko/uczeń z zespołem Aspergera**

lub

- **zagrożenie niedostosowaniem społecznym.**

* właściwe podkreślić

** zaświadczenie wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji wydawane jest w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

