

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji *
dla potrzeb Zespołu Orzekającego Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Mielcu
(do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/opinii WWRD**

ze względu na autyzm, w tym zespół Aspergera)

(na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych - Dz. U. 2026r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

Data i miejsce urodzenia:

Nr PESEL

.....
Adres zamieszkania

Rozpoznanie lekarskie (rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

Kod ICD:

Rozpoznanie:
.....

Opis funkcjonowania dziecka/ucznia (wraz z występującymi trudnościami i ograniczeniami wynikającymi z rozpoznania):

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

Zalecenia lekarskie do pracy z dzieckiem/ucznem:

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

Dodatkowe, istotne informacje dotyczące dziecka/ucznia:

.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

* zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w dziedzinie medycyny – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii