

## 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 niepełnosprawność ruchową, w tym afazję)**

(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:** .....  
.....

Dziecko/uczeń jest niepełnosprawne/y ruchowo:  **tak**  **nie** (zaznaczyć właściwe)

Dziecko/uczeń wymaga zastosowania specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego, organizacji miejsca nauki, wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji (AAC):

**tak**  **nie** (zaznaczyć właściwe)

w przypadku odpowiedzi **tak**, proszę podać jakich.....  
.....  
.....

Dziecko/uczeń wymaga leczenia:  zachowawczego  operacyjnego (zaznaczyć właściwe)

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 - neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej