

.....
(pieczęć placówki)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dot. dziecka/ uczennicy/ ucznia z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera)

Wypełnia lekarz psychiatrii dziecięcej, psychiatrii:

Status: ☐ **specjalista**

☐ **lekarz w trakcie specjalizacji** - wydający zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczennicy / uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rybniku w celu orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego i /lub wczesnego wspomagania rozwoju.

Na podstawie 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), zaświadcza się, co następuje:

Dane dziecka / uczennicy / ucznia
Imię (imiona) i nazwisko:
Data i miejsce urodzenia:
PESEL (lub nr dowodu tożsamości):
Adres zamieszkania:

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD wraz z rokowaniem:
Kod ICD

Rozpoznanie współistniejące:
Kod ICD
Kod ICD

Klauzula formalno-prawna:

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego oraz analizy dostępnej dokumentacji medycznej **stwierdza się niepełnosprawność dziecka / uczennicy / ucznia** uzasadniającą potrzebę wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego i /lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)