

.....
(pieczęć placówki)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dot. dziecka/ uczennicy/ ucznia z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją)

Wypełnia lekarz neurologii dziecięcej, ortopedii, traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej:

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

(Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające z publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych).

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

Dziecko / uczennica / uczeń jest osobą z niepełnosprawnością ruchową.

TAK ☐ **NIE** ☐ (właściwe zaznaczyć)

Dziecko / uczennica / uczeń jest osobą z afazją.

TAK ☐ **NIE** ☐ (właściwe zaznaczyć)

Jeśli tak, jakie to powoduje ograniczenia w funkcjonowaniu:

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny (ortezy, stabilizatory, obuwie ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, balkonik, kula, wózek inwalidzki), narzędzie do komunikacji alternatywnej (tablet, komunikatory, specjalistyczne oprogramowanie), inne niezbędne zaopatrzenie do funkcjonowania w placówce oświatowej:

.....
(podpis i pieczęć lekarza)