

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Dąbrowie Tarnowskiej
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/zajęć rewalidacyjno –
wychowawczych/opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka**

Zgodnie z Rozporządzeniem 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).

wypełnia **lekarz specjalista**

lub lekarz w trakcie specjalizacji – w ramach udzielania dziecku/uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6, ust. 13 *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), w dziedzinie medycyny odpowiednio:

- w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia – okulistyki,
- w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia – audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii,
- w przypadku niepełnosprawności ruchowej – neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,
- w przypadku afazji – neurologii dziecięcej
- w przypadku autyzmu lub zespołu Aspergera – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii,
- w przypadku schorzeń psychiatrycznych – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia **PESEL**

Adres zamieszkania

Orzeczenie o stanie zdrowia (rozpoznanie choroby głównej, chorób współwystępujących lub problemu zdrowotnego)

Oznaczenie ICD –

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

W przypadku niewidzenia albo słabego widzenia lekarz określa:

- a/ ostrość wzroku
- do dali (z korektą i bez):
- do bliży (z korektą i bez):
- b/ skiaskopia:
- c/ stereopsja (widzenie głębi):
- d/ pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach):
-
- e/ dodatkowe wady i utrudnienia:
- f/ wpływ deficytów na techniki szkolne (pisanie, czytanie):

W przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia lekarz określa:

- a/ rodzaj i głębokość ubytku słuchu
- b/ poziom w dB:
-
- c/ audiogram w załączeniu (przy uszkodzeniu słuchu)
- d/ wpływ uszkodzenia słuchu na rozwój i funkcjonowanie dziecka/ucznia w szkole/przedszkolu:
-
-

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

.....

.....

.....

.....

Wpływ choroby/deficytów na funkcjonowanie w przedszkolu/szkole/placówce:

.....

.....

.....

.....

Zalecane przez lekarza formy i metody wsparcia dziecka/ucznia oraz określenie niezbędnego sprzętu specjalistycznego w procesie kształcenia – wynikające z rozpoznania lekarskiego:

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Zapoznałam/em się z zaświadczeniem

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)