

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE



**o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb Zespołu Orzekającego  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kozienicach  
o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka**

Zaświadczenie lekarskie zawierające orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w odpowiedniej dziedzinie medycyny.

Numer PWZ  
lekarza:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Specjalizacja:

w trakcie / nie dotyczy

Zaświadczenie załącza się do wniosku o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju po wypełnieniu przez lekarza specjalistę lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny.<sup>1)</sup>

W przypadku niepełnosprawności sprzężonej konieczne może być przedstawienie dwóch zaświadczeń lekarskich.

Podstawa prawna: § 6 ust. 6 Rozporządzenia ME z dnia 02 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Imię i nazwisko dziecka**

**PESEL dziecka**

1) niepełnosprawność dziecka lub ucznia (właściwe podkreślić):

- a) niesłyszące
- b) słabosłyszące
- c) niewidzące
- d) słabowidzące
- e) niepełnosprawne ruchowo
- f) z afazją
- g) z autyzmem
- h) z zespołem Aspergera
- i) inne (jakie).....

**I. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:**

Rozpoznanie główne (wraz z oznaczeniem zgodnym z obowiązującą klasyfikacją ICD)				
Rozpoznanie współwystępujące (wraz z oznaczeniem zgodnym z obowiązującą klasyfikacją ICD)				
Rozpoznanie współwystępujące (wraz z oznaczeniem zgodnym z obowiązującą klasyfikacją ICD)				
Rozpoznanie współwystępujące (wraz z oznaczeniem zgodnym z obowiązującą klasyfikacją ICD)				

**II. Informacje uzupełniające (ważne)** - wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których zachodzi potrzeba wspomagania rozwoju dziecka:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

- 
- 1) \* w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia – okulistyki;  
\* w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia – audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii;  
\* w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,  
\* w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii.  
\* w przypadku niedostosowanie społecznego – lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji.  
\* w przypadku zagrożenia niedostosowaniem społecznym – lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji.

POUCZENIE: Zaświadczenie stanowi podstawę do ubiegania się o decyzję organu i powinno być sporządzone przez lekarza zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pod rygorem odpowiedzialności zawodowej.