

.....  
pieczętka placówki służby zdrowia

.....  
miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dotyczy wniosku  
o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju  
w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera**

**wydane przez lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii, lekarza w trakcie specjalizacji<sup>1</sup>,**

*(dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Dworze Gdańskim)*

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN 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)

Imię i nazwisko ..... PESEL.....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: .....

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem zgodnym z ICD

Od kiedy dziecko/uczeń pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej .....

Przebieg dotychczasowego leczenia .....

Wpływ jednostki chorobowej na funkcjonowanie dziecka/ucznia :

<sup>1</sup> w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

**Zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb dziecka/ucznia, wspomaganie jego rozwoju**  
(wskazówki do pracy z dzieckiem/ucznem w przedszkolu, szkole, ośrodku, lub placówce, do której uczęszcza dziecko lub uczeń, zalecane metody i formy pracy, specjalne warunki kształcenia – jakie?)

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

.....  
podpis i pieczęć lekarza