

.....  
pieczęć placówki służby zdrowia

.....  
miejscowość, data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dotyczy wniosku  
o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/opinii o potrzebie wczesnego  
wspomagania rozwoju dla dziecka/ucznia  
w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji**

**wydane przez lekarza specjalistę neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu,  
rehabilitacji medycznej, 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** .....

.....

.....

.....

.....

<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

**Wpływ jednostki chorobowej na funkcjonowanie dziecka .....**

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

**Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb dziecka/ucznia, wspomaganie jego rozwoju** (wskazówki do pracy z dzieckiem/ucznem, zalecane metody i formy pracy, specjalistyczny sprzęt, specjalne warunki kształcenia – jakie?)

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

.....  
podpis i pieczęć lekarza