Pieczątka placówki medycznej
Data…….

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ZAWIERAJĄCE ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA Z AUTYZMEM (zespołem Aspergera) NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

(działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych Dz. U. z 2026r., poz. 428)

WYPEŁNIA LEKARZ SPECJALISTA W DZIEDZINIE PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY LUB PSYCHIATRII

I. Imię i nazwisko ucznia……..
Data urodzenia……..
Miejsce zamieszkania……

II. **Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD** ……...
……...
……...
……...

III. **Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej**……..
……...
……...
……
……...
……...
……...

IV. **Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia specjalistycznego** ……
……...
……...
……
……..
……...
……
……..
……...
……...
……
……..

V. **Ocena wyniku leczenia i rokowania** ……
……...
……
……..
……...
……
……..

……...
……
……..
……...
……
……..

VI. **Inne ograniczenia/potrzeby/zalecenia wynikające ze stwierdzonej niepełnosprawności**
……..
……...
……
……..
……...
……
……..
……...

VII. **Niezbędny w procesie kształcenia dziecka sprzęt specjalistyczny**
……..
……...
……
……..
……...
……
……..

VIII. Czy w związku z powyższym dziecko wymaga objęcia kształceniem specjalnym- ***właściwe podkreślić***
Tak / Nie

…….
……
Miejscowość, data *Pieczątka i podpis lekarza*

Oświadczenie lekarza w trakcie specjalizacji

Oświadczam, że zaświadczenie wydaję w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust. 13).

.....… .....
Pieczątka i podpis lekarza Miejscowość, data