

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

Data

ZAŚWIADCZENIE

dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/ opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju

dla dziecka/ucznia z autyzmem w tym zespołem Aspergera

wydane przez **lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii**
lub lekarza w trakcie specjalizacji¹,

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Grudziądzu, ul. Korczaka 23

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**.....

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego

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

Oznaczenie alfanumeryczne choroby zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).....

Wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego **ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**

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

¹ ***w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych***

W przypadku dziecka lub ucznia objętego opieką psychiatryczną– informację zawierającą zalecenia do pracy z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, do której dziecko lub uczeń uczęszcza, jeżeli je otrzymał od osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o czasie i przebiegu leczenia choroby lub problemu zdrowotnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

podpis i pieczętka lekarza