

.....
Data

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

ZAŚWIADCZENIE

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

dla dziecka/ucznia ze względu na niepełnosprawność ruchową, w tym afazję

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis i pieczęć lekarza