

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
DOTYCZĄCE ORZEKANIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/OPINII O  
WCZESNYM WSPOMAGANIU RWOJU DZIECKA .**

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych  
w Międzyrzeczu

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026r. Poz. 428)

Imię i nazwisko..... ur. ....

PESEL

(wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju)

**I. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego**

.....

.....

.....

.....

**II. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie**

.....

.....

.....

**III. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego (np. niepełnosprawności)**

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)<sup>i</sup>

<sup>i</sup> - zaświadczenie w sprawie autyzmu i zespołu Aspergera może wydać lekarz psychiatra dzieci i młodzieży lub psychiatra  
- zaświadczenie w sprawie niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji może wydać lekarz specjalista neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej