



**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
w przypadku afazji (wypełnia lekarz neurologii dziecięcej)***

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Człuchowie, działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 02 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2026.poz. 428)

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data urodzenia)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....
(przedszkole/szkoła, klasa)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§6 ust.6 pkt. 1a rozporządzenia)

.....

.....

.....

.....

Kod ICD 10

--

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej z ograniczeniami i barierami funkcjonowania dziecka/ucznia

.....

.....

* zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii) albo lekarza w trakcie specjalizacji, przy czym lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust.6 pkt.1d i 13 rozporządzenia)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ lekarz specjalista
- ☐ lekarz w trakcie specjalizacji

(miejscowość, data)

(pieczęć placówki medycznej)

(pieczęć i podpis lekarza)