



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA

77 – 300 Człuchów, ul. Szczecińska 20, tel. (059) 83 411 33,

e-mail: poradnia@ppp.czluhow.org.pl

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **w przypadku autyzmu, w tym Zespołu Aspergera** **(wypełnia lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii)***

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)

(pieczętka i podpis lekarza)