



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
do opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka*

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)

.....
(data urodzenia)

PESEL

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

.....
(adres zamieszkania dziecka)

.....
(przedszkole)

WYKRYTA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DZIECKA:

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

--

Choroba podstawowa / rodzaj niepełnosprawności:

.....

.....

Choroby współistniejące:

.....

.....

.....

* 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)

Zalecenia medyczne dotyczące warunków realizacji potrzeb dziecka (m.in. metody, formy pracy z dzieckiem, specjalistyczny sprzęt itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

Zachodzi potrzeba zorganizowania zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

- ☐ lekarz specjalista
- ☐ lekarz w trakcie specjalizacji

(miejscowość, data)

(pieczęć placówki medycznej)

(pieczęć i podpis lekarza)