

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Zaświadczenie lekarskie

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Radomiu**

w celu wydania (właściwe podkreślić):

orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji 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)

wypełnia **lekarz specjalista** lub lekarz w trakcie specjalizacji - w ramach udzielania dziecku/uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust. 13 rozporządzeniem Ministra Edukacji 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), w dziedzinie medycyny odpowiednio:

- w przypadku niewidzenia/ słabego widzenia – okulistyki,
- w przypadku niesłyszenia/słabego słyszenia – audiologii, foniatryi, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii,
- w przypadku niepełnosprawności ruchowej w tym afazji– neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,
- w przypadku autyzmu lub zespołu Aspergera – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii.

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia.....PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie medyczne (wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD):

.....
.....

W przypadku dziecka/ucznia z autyzmem/zespołem Aspergera dodatkowo lekarz określa (właściwe zaznaczyć):

1. Funkcjonowanie społeczne

- ograniczone zainteresowanie relacjami
- trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji
- ograniczona wzajemność społeczna i emocjonalna
- brak/ograniczone naśladowanie
- brak/słabo modulowany kontakt wzrokowy
- inne:

2. Komunikacja i język

- problem z dzieleniem wspólnego pola uwagi
- brak intencji komunikacyjnej
- opóźniony rozwój mowy
- brak/zaburzenia/niepragmatyczny charakter komunikacji werbalnej
- echolalie
- problem z odczytywaniem i rozumieniem komunikatów
- brak komunikowania potrzeb
- inne:

3. Zachowanie i aktywność

- zachowania stereotypowe
- schematyzm i sztywność zachowań, zainteresowań
- trudności adaptacyjne
- nadwrażliwość / podwrażliwość sensoryczna
- agresja/autoagresja
- inne:

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

W przypadku dziecka/ucznia słabowidzącego/niewidomego – dodatkowo lekarz określa:

Kwalifikuje do wydania orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność dziecka/ucznia (właściwe zaznaczyć):

- słabowidzenie niewidzenie
- nie jest podstawą do wydania orzeczenia (wada wzroku jest w pełni skorygowana pomocami optycznymi (okulary, szkła kontaktowe)
 1. Parametry ostrości wzroku:
 - do dali (z korektą i bez):
 - do bliży (z korektą i bez):
 2. Skiaskopia:.....
 3. Stereopsja (widzenie głębi):.....
 4. Parametry pola widzenia:.....
 5. Inne parametry (właściwe zaznaczyć): światłowstręt oczopląs inne:
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

W przypadku dziecka/ucznia słabosłyszącego/niesłyszącego dodatkowo lekarz określa:

Kwalifikuje do wydania orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność dziecka/ucznia (właściwe zaznaczyć):

- słabosłyszenie niesłyszenie

Poziom funkcji słuchowych:

1. Ubytek słuchu:

ucho prawe (UP): dB

ucho lewe (UL): dB

2. Rodzaj niedosłuchu (właściwe zaznaczyć):
 przewodzeniowy odbiorczy (czuciowo-nerwowy) mieszany
3. Stopień niedosłuchu:
 lekki umiarkowany znaczny głęboki
4. Rozumienie mowy:
 prawidłowe
 obniżone
 znacznie obniżone
5. Inne istotne wyniki badań (np. audiogram, ABR):

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

W przypadku ucznia niepełnosprawnego ruchowo w tym z afazją dodatkowo lekarz określa:

Kwalifikuje do wydania orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność dziecka/ucznia (właściwe zaznaczyć):

niepełnosprawność ruchowa . afazja / zaburzenia komunikacji

- **Funkcjonowanie ruchowe dziecka/ucznia:** (właściwe zaznaczyć):
- poruszanie się: samodzielnie z pomocą przy użyciu sprzętu ortopedycznego
- sprawność manualna:
- postawa ciała i równowaga:
- inne ograniczenia ruchowe:
- sprzęt ortopedyczny (wózek, ortezy, kule itp.)

.....
.....
.....

2. Funkcjonowanie komunikacyjne i językowe (właściwe zaznaczyć):

typ afazji: motoryczna sensoryczna mieszana (właściwe zaznaczyć)

Określenie trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka/ucznia (dotyczy wszystkich niepełnosprawności) :

.....
.....
.....

Czas i przebieg leczenia, rokowania (dotyczy wszystkich niepełnosprawności):

.....
.....
.....

Zalecane przez lekarza formy wsparcia dziecka/ucznia oraz określenie niezbędnego sprzętu specjalistycznego w procesie kształcenia, wynikające z rozpoznania lekarskiego, a w przypadku konieczności objęcia dziecka/ucznia zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi wskazanie czy powinny być realizowane w formie indywidualnej czy zespołowej:

.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)