



.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNIA
Z AUTYZMEM, W TYM ZESPOŁEM ASPERGERA**

**na potrzeby Zespołu Orzekającego
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
i/lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju***

na podstawie 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. z 2026, poz.428)

(wydaje lekarz psychiatra dzieci i młodzieży lub psychiatra lub lekarz w trakcie specjalizacji w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

Imię/imiona i nazwisko dziecka/ucznia:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

*właściwe podkreślić

3. Wpływ choroby lub problemu zdrowotnego na codzienne funkcjonowanie w domu, przedszkolu/szkole/placówce:

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

.....
miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

Dotyczy lekarza w trakcie specjalizacji:

Oświadczam, że zaświadczenie wydaję w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza