

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarza specjalisty lub lekarza w trakcie specjalizacji<sup>1</sup>  
w dziedzinie neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu  
lub rehabilitacji medycznej**

**na potrzeby kształcenia specjalnego / zajęć rewalidacyjno-wychowawczych /  
opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

zawierające orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego  
Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rydzynie

Numer PWZ lekarza:										Specjalizacja:
										w trakcie / nie dotyczy

Podstawa prawna: § 6, ust. 6 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. 2026, poz. 428).

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL 

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

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie:

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

Oznaczenie ICD-10 

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

Choroby/zaburzenia współwystępujące, wraz z oznaczeniem ICD-10:

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

<sup>1</sup> w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych

Poradnia specjalistyczna/specjalista, pod opieką której/którego pozostaje dziecko/uczeń:

.....  
.....

Od kiedy? .....

Opis przebiegu choroby/zaburzenia i dotychczasowego leczenia, w tym leczenia farmakologicznego:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

Opis wpływu choroby/zaburzenia lub innego problemu medycznego na funkcjonowanie dziecka/ucznia:

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

Informacja o sposobie komunikowania się dziecka/ucznia z otoczeniem:

**Dziecko/uczeń posługuje się mową werbalną w stopniu funkcjonalnym:**

TAK / NIE / CZĘŚCIOWO

**Dziecko/uczeń posługuje się wspomagającą lub alternatywną metodą komunikacji (AAC) lub językiem migowym:**

TAK / NIE

**Jeżeli TAK** – proszę wskazać, z jakiej metody / jakich metod korzysta:

.....

**Jeżeli NIE** – czy zachodzi potrzeba wprowadzenia sposobu komunikowania się z otoczeniem adekwatnego do indywidualnych możliwości psychofizycznych dziecka/ucznia:

TAK / NIE

**Jeżeli TAK** – uwagi / zalecany kierunek:

.....

Zalecenia dotyczące warunków pracy z dzieckiem w przedszkolu/szkole (metody, formy pracy z dzieckiem, warunki ułatwiające dziecku komunikację i przyswajanie wiedzy i inne)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)