

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
LEKARZA PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY LUB PSYCHIATRII*

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ustrzykach Dolnych

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 428) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych z uwagi na stan zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203).

ze względu na zaburzenia ze spektrum autyzmu

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia:

Data i miejsce urodzenia dziecka/ ucznia:

Miejsce zamieszkania dziecka/ ucznia:

1) Choroba lub problem zdrowotny wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**):

KOD ICD 10 lub/ i **KOD ICD 11**

.....

2) Ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, w tym utrudniające mu naukę, wynikające z rozpoznanej niepełnosprawności:

.....

.....

.....

3) Zalecane formy pomocy i wsparcia – zalecenia dla nauczycieli/ wychowawców dziecka lub ucznia:

.....

.....

4) **Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny** (do wyciszenia, do regulacji emocji, do integracji sensorycznej, wspomagający komunikację – AAC itp.):

.....

.....

.....

5) Inne ważne informacje:

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

(pieczęćka i podpis lekarza)

* zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (psychiatrii dzieci i młodzieży lub 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.1c i 13 rozporządzenie)