

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia na potrzeby zespołu orzekającego działającego  
w PCE - Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kamiennej Górze  
w celu wydania **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie wczesnego  
wspomagania**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 02.03.2026 (Dz. U. z 2026 r. poz. 428). Na podstawie art. 127 ust. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187 i 203)*

### Dane dziecka/ucznia:

- Imię i nazwisko:.....
- Data i miejsce urodzenia: .....
- PESEL: .....
- Miejsce zamieszkania: .....

### 1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego

*(Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10, potwierdzona przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji, zgodnie z rodzajem niepełnosprawności lub problemu zdrowotnego.)*

*a) w przypadku niewidzenia lub słabego widzenia – okulistyka,*

*b) w przypadku niesłyszenia lub słabego słyszenia – audiologia, foniatria, otolaryngologia dziecięca lub otolaryngologia,*

*c) w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu lub rehabilitacja medyczna,*

*d) w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatria dzieci i młodzieży lub psychiatria.*

#### 1a. W przypadku niewidzenia lub słabego widzenia

- Ostrość wzroku z aktualną korekcją: .....  
.....
- Pole widzenia: .....  
.....
- Rokowania: .....  
.....
- Zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole:.....  
.....  
.....

#### 1b. W przypadku niesłyszenia lub słabego słyszenia

- Stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu: .....  
.....

- Ocena funkcjonalna słyszenia:.....  
.....
- Zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole: .....  
.....  
.....

#### 1c. Pozostałe choroby lub problemy zdrowotne

- Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10:

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

- Zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole:

.....  
.....

#### 2. Czas i przebieg leczenia

*(Opis przebiegu leczenia, rehabilitacji, stosowanych terapii i okresów hospitalizacji, jeśli dotyczy.)*

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

#### 3. Ograniczenia funkcjonowania dziecka/ucznia

*(Opis ograniczeń w funkcjonowaniu w przedszkolu, szkole lub placówce wynikających z rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego.)*

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

#### 4. Informacje dodatkowe dotyczące opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień

*(W przypadku objęcia dziecka/ucznia opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień – zalecenia do pracy w placówce, jeśli zostały przekazane przez lekarza udzielającego świadczenia.)*

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

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Pieczętka i podpis lekarza:*