

[pieczęć placówki medycznej]	
PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W MIECHOWIE	
<p>ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka/ucznia</p> <p>dla potrzeb Zespołu Orzekającego</p> <p>działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026 poz. 428)</p> <p><u>DO PORADNI PSYCHIATRYCZNEJ</u></p>	
Miejscowość i data	
DANE DZIECKA /UCZNIA	
Imię (imiona) i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	
DANE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY, do której uczęszcza dziecko/uczeń	
Nazwa przedszkola/szkoły:	
Klasa:	
ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO	
Od kiedy pacjent przebywa w leczeniu psychiatrycznym?	
Od kiedy pacjent znajduje się w opiece psychiatrycznej lekarza wystawiającego zaświadczenie?	

Oznaczenie ICD:	
Diagnoza (rozpoznanie):	
W przypadku pierwszorazowej diagnozy autyzmu, autyzmu atypowego lub zespołu Aspergera należy podać opis zachowań świadczących o spełnieniu kryteriów ICD-10.	
W przypadku zmiany kwalifikacji dotychczasowego rozpoznania należy podać powody, dla których poprzednia diagnoza zostaje zmieniona.	
Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:	
Ocena wyniku leczenia i rokowania:	

Zalecenia:	
Zaświadczenie zostało wydane na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.	
[Pieczęć i podpis lekarza specjalisty]	
UWAGI	
Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, inaczej będzie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.	