

[pieczęć placówki medycznej]

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W MIECHOWIE

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DO WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

dla potrzeb Zespołu Orzekającego

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)

Miejscowość i data

DANE DZIECKA /UCZNIA

Imię (imiona) i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

DANE PRZEDSZKOLA, do którego uczęszcza dziecko

Nazwa przedszkola:

ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Czy dziecko jest osobą niepełnosprawną ruchowo? (**proszę obowiązkowo wpisać
niepełnosprawne ruchowo lub sprawne ruchowo**)

.....

Oznaczenie w ICD:.....

Czy dziecko ma stwierdzoną afazję? (**Proszę obowiązkowo wpisać afazja lub nie stwierdza się**)

.....

Oznaczenie w ICD:.....

Diagnoza (wraz z oznaczeniem ICD):	
Choroby współistniejące (wraz z oznaczeniem ICD):	
Opis dotychczasowego przebiegu choroby i leczenia:	
Ocena wyniku leczenia i rokowania:	
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.	