



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2
91-362 Łódź, ul. Motylowa 3
www.ppp2.elodz.edu.pl kontakt@ppp2.elodz.edu.pl
tel.: 42 659 15 81/ tel. kom.: +48 729 804 602

....., dnia:.....
(pieczęć placówki medycznej) (miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
W CELU WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/
OPINII O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU**

Zaświadczenie wydaje się dla poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania orzeczenia/opinii na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji 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:

PESEL.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Diagnoza medyczna:

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) wraz z rokowaniami:

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

2. Ww. schorzenie jest podstawą do orzeczenia niepełnosprawności dziecka/ ucznia ze względu na:
- niepełnosprawność ruchową w tym afazję (ortopeda, traumatolog narządu ruchu, lekarz rehabilitacji medycznej, neurolog dziecięcy)
 - autyzm, w tym zespół Aspergera (psychiatra dzieci i młodzieży, psychiatra)

lub daje podstawę do stwierdzenia u dziecka/ucznia:

- niedostosowania społecznego
- zagrożenia niedostosowaniem społecznym

3. Informacje istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka/ ucznia w tym niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny:

.....

.....

.....

.....
(Podpis i pieczęć lekarza)