

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

data

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez lekarza specjalistę neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
rehabilitacji medycznej, lekarza w trakcie specjalizacji¹,

**dotyczy wniosku o kształcenie specjalne ze względu na niepełnosprawność ruchową,
w tym afazję**

(dla potrzeb Zespołu Orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kętrzynie)

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN 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	
PESEL	
Nazwa poradni specjalistycznej po opieką, której jest dziecko/pełnoletni uczeń	
Od kiedy jest pod opieką poradni?	

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego **wraz z oznaczeniem zgodnym z ICD**

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

Wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego **ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka
lub ucznia**

.....
.....

.....
podpis i pieczęć lekarza

¹ w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych