

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w przypadku afazji

(wypełnia lekarz neurologii dziecięcej)*

dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w poradni psychologiczno- pedagogicznej

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Pesel lub numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§6 ust.6 pkt. 1c rozporządzenia)

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

Kod ICD 10 lub/i Kod ICD 11

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej z ograniczeniami i barierami funkcjonowania dziecka/ucznia:

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty*

*zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (neurologii dziecięcej) albo lekarza w trakcie specjalizacji, przy czym lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust.6 pkt.1c i 13 rozporządzenie)