

.....

Pieczęć placówki medycznej

## **Zaświadczenie lekarskie w przypadku autyzmu, w tym Zespołu Aspergera**

(wypełnia lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii)\*

*dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w poradni psychologiczno-pedagogicznej*

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r. 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.1d 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 (psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii) 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.1d i 13 rozporządzenia)