

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)