

.....

Pieczęć placówki medycznej

Zaświadczenie lekarskie w przypadku niepełnosprawności ruchowej

(wypełnia lekarz specjalista z zakresu ortopedii, traumatologii narządu ruchu, rehabilitacji medycznej)*

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

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

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty*

*zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (ortopedii, traumatologii narządu ruchu, rehabilitacji medycznej) 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 rozporządzenia)