

.....
Data

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii, lekarza w trakcie specjalizacji¹,
**dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na
autyzm, w tym zespół Aspergera**

(dla potrzeb Zespołu Orzekającego Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koszalinie)

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**.....

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej)

od dnia.....

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