

.....  
Data .....

.....  
pieczętka placówki służby zdrowia

## ZAŚWIADCZENIE

wydane przez lekarza specjalistę neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, rehabilitacji  
medycznej, lekarza w trakcie specjalizacji<sup>1</sup>

**dotyczy wniosku o kształcenie specjalne ze względu na niepełnosprawność ruchową,  
w tym afazję**

*(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 pieczętka lekarza

<sup>1</sup> w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych