



---

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE /FUNKCJONOWANIE RUCHOWE**  
o stanie zdrowia dziecka/ucznia do celów wydania orzeczenia / opinii przez poradnię  
psychologiczno-pedagogiczną

(dotyczy postępowania w sprawie: kształcenia specjalnego / wczesnego wspomaganie rozwoju  
– właściwe podkreślić)

**I. Dane dziecka/ucznia**

Imię (imiona) i nazwisko: .....

Nr PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Placówka: .....

---

**II. Rozpoznanie medyczne**

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

.....  
.....

Opis przebiegu choroby (jeśli istotny):

.....  
.....

---

**III. Opis funkcjonowania dziecka/ucznia**

**1) Funkcjonowanie ruchowe**

• motoryka mała: .....

• motoryka duża: .....

• lokomocja: .....

**2) Funkcjonowanie w środowisku edukacyjnym** (np. udział w zajęciach, koncentracja, tempo pracy, samodzielność):

.....

**3) Ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia**

.....

**4) Potrzeby wynikające ze stanu zdrowia**

.....

---

**IV. Zalecenia w procesie kształcenia**

Zalecane warunki, formy wsparcia i dostosowania

.....

---

**V. Sprzęt i środki wspomagające**

Niezbędny sprzęt specjalistyczny / technologie wspomagające

.....

.....

## VI. Informacja o niepełnosprawności ruchowej

Czy dziecko/uczeń spełnia kryteria niepełnosprawności ruchowej:

TAK

NIE

(jeśli TAK – wskazać charakter i stopień)

.....  
.....

---

## VII. Uwagi dodatkowe

.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)