

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej 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; § 6 ust.8)

Imię i nazwiskour.....

Miejsce zamieszkania.....

Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej dotyczące wydania orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego.

1. Stan zdrowia dziecka / ucznia (**zaznaczyć właściwe**)

- uniemożliwia** uczęszczanie do przedszkola / szkoły
 znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola / szkoły

2. Przewidywany okres (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny), w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola / szkoły.

Od (dzień/miesiąc/rok)..... do (dzień/miesiąc/rok).....

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

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

4. Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego **ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

5. W przypadku dziecka / ucznia którego stan zdrowia **znacznie utrudnia** uczęszczanie do szkoły (zaznaczyć właściwe):

- może uczestniczyć w niektórych zajęciach edukacyjnych (zaznacza się dla uczniów)
 może uczestniczyć w niektórych zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia
 może brać udział w uroczystościach szkolnych, zajęciach integracyjnych itp.

Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista, lekarz w trakcie specjalizacji (w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia **specjalistycznego (należy dołączyć kopię).**

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza