

.....  
(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.6)

Imię i nazwisko .....ur.....

Miejsce zamieszkania.....

*Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej.*

1. U dziecka / ucznia stwierdza się (**właściwe zaznaczyć**)

- zagrożenie niedostosowaniem społecznej**
- niedostosowanie społeczne**
- inne**

2. Choroba główna i choroby niewspółistniejące wraz z **oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych **(ICD)**:

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

3. Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia oraz ewentualne rokowania:

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

4. Trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka w środowisku edukacyjnym, zalecane warunki i formy wsparcia:

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

5. W przypadku takich potrzeb, należy określić niezbędny proces kształcenia sprzęt specjalistyczny, specjalne środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno – komunikacyjnych:

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

.....  
miejscowość i data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza