…….
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia

zgodnie z *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2.03.2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z dn. 30 marca 2026 r., poz. 428)*

Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami.

……
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

……
(data urodzenia dziecka/ucznia)

……
(miejsce zamieszkania dziecka/ucznia)

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

……
……
……
……

Do zaświadczenia należy dołączyć:

1. Wyniki badań istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka lub ucznia oraz kopię dokumentacji medycznej z leczenia choroby lub problemu zdrowotnego, zawierającą informację o czasie i przebiegu leczenia;
2. W przypadku dziecka lub ucznia objętego opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień – informację zawierającą zalecenia do pracy z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, do której dziecko lub uczeń uczęszcza, jeżeli je otrzymał od osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego

Określenie **czy zachodzi potrzeba** realizacji wybranych zajęć indywidualnie z dzieckiem lub w grupie liczącej do 5 dzieci **wraz z uzasadnieniem**

……
……
……
……
……
……

……..
(miejscowość, data)

…….....
(pieczątka i podpis lekarza)