

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2026 r., poz. 428)

Imię i nazwisko: ur.

Miejsce zam.:

Wypełnia się dla dzieci lub uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych specjalistycznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych*:

- indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne
- indywidualne nauczanie

Zaświadczenie o stanie zdrowia zgodnie z § 6 ust. 8 pkt. 1 w/w rozporządzenia MEN

1. Przewidywany okres, **niekrótszy jednak niż 30 dni**, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:
.....

2. **Orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia**, o którym mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203), określające **rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego** wraz z **oznaczeniem alfanumerycznym** zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD:
.....
.....
.....
.....

Stwierdzam, że stan zdrowia dziecka lub ucznia (właściwe zaznaczyć):

[] znacznie utrudnia

[] uniemożliwia

uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

W przypadku stanu zdrowia **znacznie utrudniającego** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły proszę określić zakres (liczbę godzin, przedmiot), w jakim dziecko/uczeń może brać udział

w tych zajęciach:
.....
.....

2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:
.....
.....
.....

*podkreślić właściwe

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczęćka i podpis lekarza/