

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

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 (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko.....ur.....

Miejsce zamieszkania.....PESEL.....

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

2. Opis wynikających z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Przewidywany okres – nie krótszy niż 30 dni – w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia/znacznie* utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły*
.....
.....

4. Dla uczniów szkół zawodowych lekarz medycyny pracy określa dalsze kształcenie w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu
.....
.....
.....

.....
(Miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić