



.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**  
**w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej**

Podstawa prawna: § 6 ust. 8 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. (Dz. U. z 2026 r. poz.428)

**I. Dane dziecka/ucznia**

Imię (imiona) i nazwisko: .....

Nr PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

**II. Cel wydania zaświadczenia**

Zaświadczenie wydaje się w celu uzyskania orzeczenia o potrzebie:

indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

indywidualnego nauczania

**III. Wpływ stanu zdrowia na uczęszczanie do przedszkola/szkoły**

Stan zdrowia dziecka/ucznia:

uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola/szkoły

znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły

Okres, w którym stan zdrowia utrudnia/uniemożliwia:

.....(nie krótszy niż 30 dni)

**IV. Rozpoznanie medyczne**

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.:

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

Kod ICD: .....



Charakterystyka kliniczna oraz przebieg choroby (w tym dynamika objawów):

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

**V. Dodatkowe uwagi (opcjonalnie)**

Wpływ na proces uczenia się:

.....  
.....

---

**VI. Informacje dodatkowe (dotyczy ucznia kształcącego się w zawodzie)**

W przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe może być wymagane zaświadczenie lekarza medycyny pracy określające:

- możliwość dalszego kształcenia w zawodzie,
- warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.

.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)