

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
miejsowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA  
dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.**

*Podstawa prawna: rozporządzenie 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. z 2026r., poz. 428)*

**Dotyczące uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w formie kształcenia specjalnego, wczesnego wspomaganie rozwoju<sup>1</sup>**

.....  
(imię i nazwisko dziecka / ucznia,

.....  
(data i miejsce urodzenia i PESEL ucznia)

.....  
(adres zamieszkania ucznia)

.....  
(nazwa i adres przedszkola/ szkoły, klasy, nazwa zawodu w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie)

**Diagnoza** (określenie rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD)

.....  
.....  
.....  
**ICD** .....

**Leczony/a ortopedycznie/neurologicznie** (od kiedy?):.....

**Opis przebiegu choroby oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka:**

.....  
.....  
.....  
**Data rozpoczęcia leczenia:**

.....  
<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

**Wynikające z niepełnosprawności ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w środowisku edukacyjnym, zalecane warunki i formy wsparcia**

.....

.....

.....

.....

.....

**Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny, specjalne środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii wspomagającej funkcjonowanie dziecka/ucznia z niepełnosprawnością ruchową w tym z afazją**

.....

.....

.....

**Ocena wyniku leczenia i rokowania**

.....

.....

.....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)